Vol. 238. Luglio 1876

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA

PARTE RIVISTA

DI

MEDICINA, CHIRURGIA E TERAPEUTICA

GIÀ COMPILATA DAL DOTT. CAV. G. B. SORESINA

ORA DIRETTA DAL

Dott. MALACHIA DE-CRISTOFORIS

CONSIGLIO DI DIREZIONE

Prof. De Giovanni } Clinica Medica
Prof. Rovida }
Prof. A. Corradi = Medicina Pubblica
Prof. Scarenzio } Chirurgia
Dott. Turati }
Prof. Porro = Ostetricia

MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI
1876.

ACQUA MINERALE

DI

MONTE ALFEO

ALCALINO – JODICA – SOLFITICA – MAGNESIACA

La più importante delle Acque Solforose d'Europa

Sorgente fra le roccie del più puro Zolfo, ha una azione purgante, depurativa, solvente, cura le malattie della pelle, ha azione risolutiva sul fegato, sulla milza, sui reni, promuove le forze del sistema digerente, risveglia l'appetito; espelle dal corpo i principii putridi o di fermento, così risana il corpo dai mali esistenti o che lo minacciano. Quest'Acqua Minerale modifica esenzialmente ed in modo favorevole l'organismo.

ACQUA MINERALE SALSO-JODICA DI SALES

La più Jodica delle conosciute

Si usa in tutte le malattie in cui è indicato il jodio, specialmente nella scrofola, nel gozzo, oftalmie scrofolose, morbi glandolari e corregge egregiamente i temperamenti linfatici e rachitici.

Queste acque si trovano nelle principali farmacie d'Italia e si spediscono dal Dott. Cav. Ernesto Brugnatelli, Voghera, Riva Nazzano.

A Riva Nazzano presso il dott. Brugnatelli si danno anche bagni colle suddette Acque Minerali e si trovano alloggi convenienti.

Presso la Tipografia dei *Fratelli Rechiedei, Milano*, trovasi vendibile la Monografia del prof. Gerini sulle Acque di Sales e Monte Alfeo al prezzo di L. **2**.

Milano, presso Erba Carlo e A. Manzoni e C.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA

PARTE RIVISTA

DI

MEDICINA, CHIRURGIA E TERAPEUTICA

GIÀ COMPILATA DAL DOTT. CAV. G. B. SORESINA

ORA DIRETTA DAL

Dott. MALACHIA DE-CRISTOFORIS

CONSIGLIO DI DIREZIONE

Prof. De Giovanni } Clinica Medica
Prof. Rovida } Clinica Medica
Prof. A. Corradi = Medicina Pubblica
Prof. Scarenzio } Chirurgia
Dott. Turati } Chirurgia
Prof. Porro = Ostetricia

VOLUME 238

Luglio, Agosto, Settembre, Ottobre, Novembre e Dicembre 1876.

MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI

1876.

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll.	
No.	

RIVISTA DI PATOLOGIA GENERALE

dei dottori L. CARPANI e F. PIROVANO

Schulein — *Sul modo di comportarsi della temperatura periferica in confronto della centrale nella febbre.*
Socoloff — *La patologia del tumore di milza acuto.*
Schuller — *Contribuzione sperimentale allo studio dell' infezione settica.*
Hiller — *Sull'estrazione del virus putrido e setticemico.*
Maragliano — *La febbre nel vajuolo.*
Moriggia — *Sulla velenosità del cadavere umano.*
Curci — *Sull' ateroma delle arterie in rapporto specialmente alle sue cause ed effetti.*
Maggiorani — *Sulla coincidenza di perturbazioni del magnetismo terrestre e di attacchi nervosi.*
Voisin — *Dei disturbi della parola nella paralisi generale.*
Joffroy — *Nota sull' escara della natica e suoi rapporti colle lesioni dei lobi posteriori degli emisferi cerebrali.*
Laboulbene — *Soccussione ippocratica in una cisti ovarica.*
Hutchinson — *Sullo stato della temperatura e della circolazione dopo le lesioni del midollo spinale.*
Lewis — *Modificazioni della temperatura nella epilessia.*
Simonin — *Influenza della eterizzazione sulla temperatura.*

Ueber das Verhältuiss der peripheren zur centralen temperatur in fieber; (*Sul modo di comportarsi della temperatura periferica in confronto della centrale nella febbre*) pel dott. SCHULEIN di Berlino. (*Archiv für patologische anat. und phis. di Rudolph Virchow*, fascicolo di gennaio 1876).

La questione del modo, con cui è alterata nelle malattie febbrili la regolarizzazione del calore, venne sciolta in vario senso, secondo i risultati che s'ebbero in seguito ad esperimenti sugli animali. Ma meglio che le esperienze sugli animali sono le osservazioni cliniche al letto dell'ammalato, che ponno giungere a sciogliere questa questione fondamentale per la teoria della febbre, sui rapporti, cioè, che passano tra la temperatura periferica e la centrale. L' Autore per le sue osservazioni si servì di termometri a massimo esattamente concordanti fra loro. L'uno di questi termometri veniva introdotto nell'ascella chiusa, l'altro

tra il primo ed il secondo dito della mano per modo che il serbatoio del mercurio fosse esattamente racchiuso da essi. Le dita venivano fissate fra loro.

Le conclusioni, cui venne l'Autore in seguito a numerose osservazioni, sono le seguenti:

1° Negli individui sani la temperatura della cute è soggetta a continue variazioni;

2° Nel decorso del tifo addominale, della peritonite, del reumatismo articolare, della roseola, dell'endometrite puerperale, della tubercolosi miliare e della polmonia caseosa si trovano persistenti oscillazioni della temperatura della cute non concordanti con quelle del cavo ascellare.

3° Nella polmonia cruposa, nel vaiuolo e nella scarlattina invece la temperatura della cute aumenta in un grado quasi eguale alla temperatura del cavo ascellare. Nella polmonia e nella scarlattina rimane costante o segue le minime oscillazioni della temperatura ascellare. In un caso dubbio, l'Autore dalla curva della temperatura periferica fece la diagnosi di polmonia caseosa.

4° Durante il periodo del freddo si ha abbassamento della temperatura cutanea ed elevazione di quella del cavo ascellare.

Zur pathologie des acuten milz tumors. (*La patologia del tumore di milza acuto*) pel dott. Socoloff di Pietroburgo. (*Archiv di Virchow*, fascicolo di febbraio 1876).

La tumefazione acuta della milza è uno dei sintomi patognomonici di molte malattie d'infezione; ma non è ancora ben chiaro il perchè quest'organo reagisca così rapidamente ad ogni infezione generale. Si potrebbe a priori ammettere che nello stesso modo che in certe infezioni, quali la sifilide, l'infezione cadaverica, la difterite, si tumefanno le ghiandole linfatiche, così anche la milza trattenga le sostanze venefiche, che le vengono adotte e quindi si tumefaccia. Era quindi importante il sciogliere la questione, se nei casi acuti d'infezione si trovino nella milza elementi morfologici stranieri, specialmente minimi organismi e quale parte essi abbiano nel produrre la tumefazione della milza.

Virchow fino dal 1857 descrisse un caso d'endocardite sifilitica con otturazione delle arterie spleniche per masse granulose, che resistevano ai comuni reagenti e che quindi facilmente si potevano distinguere dalle masse di detritus. Simili trombi trovò Waldejer in un caso di micosi intestinale.

Birch-Hirschfeld, introducendo sangue putrido nell'organismo di animali, cercò di stabilire e dimostrare l'importanza dei micrococchi nella tumefazione della milza. L'Autore però aceetta colla massima riserva i risultati ottenuti da Birch-Hirschfeld, non sembrandogli abbastanza attendibili i momenti diagnostici, di cui si servì per constatare la presenza dei micrococchi.

L'Autore ebbe l'opportunità di esaminare 41 milze spettanti ad individui morti per processo d'infezione. In tutti essa era tumefatta. In al-

cune tale ingrossamento era dipendente da considerevole aumento nella quantità del sangue, in altre da iperplasia del tessuto, riconoscibile per l'ingrossamento delle cellule della polpa. Queste cellule avevano da tre a sei nuclei, e la loro grandezza corrispondeva al lume dei capillari. I corpuscoli del Malpighi erano pure in alcnni casi ingrossati. Per quanto concerne la presenza di micrococchi, dice che essi si poterono dimostrare solo in qualche caso.

Viene quindi alle seguenti conclusioni:

1° La tumefazione della milza nelle malattie d'infezione non è sempre accompagnata dalla presenza di minimi organismi nel suo tessuto;

2° Nei casi, in cui si trovarono micrococchi, questi erano sempre riuniti in colonie nei vasi e nella polpa splenica. Entro i vasi formavano come masse otturanti; li trovò anche sulle pareti dei vasi, ed immediatamente vicino ad essi tra le fibre delle trabecole di tessuto connettivo.

3° Nei casi, in cui vennero trovati micrococchi, l'infezione era relativamente di data recente.

Non trovandosi quindi sempre micrococchi nelle malattie d'infezione, resta a sciogliersi la questione, se, cioè, la presenza di tali minimi organismi sia un fatto puramente accidentale, che non sta in alcun nesso causale colla tumefazione della milza, oppure se dipenda da ciò che la presenza di micrococchi si possa dimostrare solo per un certo lasso di tempo e che l'affezione della milza continui anche quando essi sono già scomparsi. A risolvere tale questione l'Autore fece esperimenti d'inoculazione sugli animali, iniettando nel cavo peritoneale di essi mediante siringa di Pravaz materiale d'infezione. In tutti questi esperimenti s'ebbe tumefazione della milza, ma essa non era sempre accompagnata da presenza di micrococchi. Essi vennero però sempre constatati nel principio dell'infezione, ossia in un lasso di tempo non maggiore dei 4-5 giorni dopo fatta l'inoculazione.

Per cui quando nella lunga durata dell'infezione non si poterono trovare i micrococchi nella milza, si deve attribuire a ciò ch' essi entrati nell'organismo in pochi giorni scompaiono di nuovo. Ciò può ammettersi avvenga anche nell'uomo; nei casi in cui non si trovarono micrococchi, essi ponno essere scomparsi dopo aver sussistito qualche tempo nella milza. L'Autore infatti nel tifo trovò micrococchi nella milza solo in quei casi, in cui le alterazioni anatomiche nel canale intestinale dimostravano, che il processo era relativamente recente. L'ammettere poi che tali micrococchi possano scomparire dai tessuti non è un fatto straordinario, ed infatti Lukomskj dimostrò come nella risipola i micrococchi accompagnano il processo infiammatorio della cute solo per breve tempo e quindi scompaiono; così Obermeier nella febbre ricorrente trovò le spirille nel sangue solo durante il tempo degli accessi febbrili.

Riguardo all'influenza che questi micrococchi esercitano sulla milza, si deve ammettere che essi giunti nella milza, ove formano colonie, producono uno stimolo nel tessuto, che ha per conseguenza un processo in-

fiammatorio, donde ne viene iperemia, proliferazione degli elementi cellulari e quindi aumento di volume. Essi poi ponno anche portare un ostacolo alla corrente sanguigna.

Experimentelle beiträge zur Studium der septischen infection. (*Contributo sperimentale allo studio dell'infezione settica*) del dott. SCHULLER. (*Deutsche zeitschrift, f. chirurgic. Bd. VI e Centralblatt für chirurgical*, aprile 1876·

L'Autore iniettò nei conigli ed in cani sangue putrido, o liquidi contenenti bacterie. La prima parte del suo lavoro tratta dei sintomi generali dell'infezione settica. In esso sonvi accennati alcune particolarità degne di nota. Negli animali gravidi ordinariamente dopo l'infezione subentra l'aborto ed in un numero notevole di casi la causa dell'aborto dipendeva da difterite della faccia uterina della placenta. Iniettando nel neurilema o nel tessuto cellulare immediatamente vicino del nervo tibiale, bastava una minima quantità di liquido infettante (1-3 goccie) per produrre la morte molto più presto che non coll'iniezione sottocutanea.

La seconda parte tratta del modo di comportarsi della temperatura e del sangue negli animali infettati con sostanze settiche. Descrive le conosciute alterazioni dei globuli rossi, i vari cambiamenti di forma, che l'Autore ritiene per sintomi dell'incominciato deperimento. Nel momento massimo dell'infezione l'Autore trovò sempre nel sangue un gran numero di elementi rotondi ed a forma allungata, che presentavano i caratteri delle bacterie.

La terza parte tratta le cause dell'infezione settica. Il sangue di un animale sano, lasciato putrefare spontaneamente in un vaso da reagenti chiuso, produce abbondanti bacterie allungate senza che preceda formazione di bacterie sferiche. Il sangue umano di individui, che da lungo tempo soffrono di suppurazione ed anche di febbre, trattato colle stesse cautele, produce bacterie sferiche, si che mantengono tali finchè non sono esposte all'aria; appena essa vi penetri si sviluppano abbondanti bastoncini. Da ciò l'Autore ne conchiude, che i germi delle bacterie sferiche, dove si sviluppano, sussistevano già prima nel sangue, e che le bacterie sferiche e quelle a bastoncini sieno forme diverse, di cui una non possa derivare dall'altra.

L'injezione di sangue che contiene bacterie a bastoncini, riesce molto meno dannosa che colle bacterie sferiche.

La questione se le bacterie sieno in grado di penetrare in vivo nel lume dei vasi attraverso le pareti vasali venne studiata con molti esperimenti. L'injezione di liquido d'infezione in una porzione di vena perfettamente isolata diede rapporto a tale questione risultati negativi.

L'ipotesi che le bacterie (nell'iniezione sottocutanea) possano penetrare nel circolo sanguigno solo per mezzo dei vasi linfatici venne confermata con esperimenti sulle rane, conigli e cani. Da questi esperimenti l'Autore conchiuse: 1° Che nell'iniezione sottocutanea le bacterie non penetrano nel sangue attraverso le pareti vasali, ma per la via dei vasi

linfatici; 2° che nell'infezione settica le alterazioni del sangue sono collegate alla presenza di bacterie nel sangue circolante e che il principio venefico non è contenuto sciolto nel liquido d'infezione. I segni di deperimento dei globuli rossi del sangue, secondo l'Autore, si spiegano per la produzione d'un virus chimico, che per mezzo delle bacterie agisce sul sangue, virus che è forse un prodotto dello scambio materiale delle bacterie stesse.

Sull'estrazione del virus putrido e setticemico; del dottore Arnoldo Hiller, medico assistente in Berlino. (*Centralblatt für chir.*, aprile e maggio 1876).

L'Autore per le sue esperienze si servì della glicerina, le cui proprietà antisettiche sono generalmente conosciute. Infatti la glicerina venne raccomandata come antisettico da Demarquay, da Billroth, da Bouloumié ed altri. Tutti questi autori dimostrarono, che la glicerina non solo è un antisettico, ma anche un'antiparassittico. Così Müller ha dimostrato, che il fermento contenuto nella linfa vaccinica coll'aggiunta di glicerina non subisce la decomposizione putrida e s' impedisce lo sviluppo di bacterie nella linfa. Finalmente la glicerina venne ultimamente usata dai fisiologi per estrarre dai tessuti dell'organismo animale i fermenti non organizzati e conservarli attivi, quali, a cagion d'esempio, il fermento pancreatico, l'epatico, la pepsina e così via. Or bene l'eguale esperienza non sarebbe possibile anche per l'estrazione dei fermenti patologici? Già Senator dimostrò che per mezzo della glicerina, dagli sputi purulenti si ponno estrarre sostanze, che iniettate sotto la cute o nel sangue di animali, producono una febbre remittente con alterazioni minime dello stato generale. Una tale glicerina contenente questa sostanza pirogenetica si conserverebbe per mesi senza corrompersi e senza perdere la sua azione.

Appoggiato a questi fatti l'Autore fece le sue esperienze: Fece putrefare della carne sminuzzata e del tessuto connettivo, e dopo otto giorni, quando il processo di putrefazione era già avanzato, vi unì una eguale quantità di glicerina; schiacciò convenientemente i tessuti in un mortaio e quindi li lasciò depositare per 24 ore. Il liquido venne quindi filtrato, ottenendosi così un liquido limpido di color rossiccio e di odore putrido. Coll'esame microscopico non vi si poterono riscontrare elementi organizzati. Coll'analisi chimica mostrava reazione acida e mediante la ebollizione dava un lieve intorbidamento lattiginoso, che mancava però coll'aggiunta d'alcool e di acidi. La sostanza, che si depositava mediante l'ebollizione, riscaldata con acidi si scioglieva di nuovo, si colorava in bruno trattata col iodio, e trattata col reagente di Millon e coll' acido solforico si tingeva in rosso.

L' Autore iniettò un centimetro cubico di quest' estratto putrido di glicerina in un coniglio, ed il giorno successivo due altri centimetri cubici in due punti diversi del dorso. Solo dopo sei giorni cominciarono i primi sintomi. L'animale non mangiava, aveva tremiti, respiro affannoso ed una temperatura alla sera di 40°,1. Nei giorni successivi l' animale

cominciò a dimagrare, le scariche divennero molli e la temperatura oscillava tra 39°,4 e 41°,3. Dopo otto giorni dall'inoculazione l'esame microscopico mostrò diminuzione di consistenza e di numero dei globuli rossi, aumento ed in parte granulazione dei globuli bianchi, alcuni nuclei liberi in un plasma debolmente colorato in giallo e piccoli gruppi di romboedri (emato-cristallina). All'undecimo giorno dopo la prima inoculazione l'animale venne trovato morto. Alla sezione vennero trovati i reperti che si riscontrano nella setticemia. Si deve quindi ammettere, che nell'estratto settico si contiene un virus, che è attivo anche in minima quantità, virus che più tardi agisce come fermento e produce nel sangue degli animali sintomi d'avvelenamento specifico. Per ammettere però la giustezza di questa conclusione e per mostrare che la malattia prodotta da questo virus sia analoga a quella chiamata da Davaine setticemia, era necessario provare che il virus prodotto nel corpo ammalato si riproduceva, cioè se si poteva trasportare l'identica malattia da un animale infettato sopra uno sano. A provare ciò l'Autore unì il sangue preso dal cuore del coniglio morto per setticemia con una doppia quantità di glicerina e quindi filtrò la miscela dopo che i globuli rossi s'erano in grande parte sciolti. Di questo liquido così ottenuto ne iniettò un centimetro cubico sotto la cute d'un giovane coniglio. Dopo cinque giorni l'animale morì ed dalla sezione s'osservarono gli stessi reperti, come nel primo caso. Trattò il sangue di questo secondo coniglio nello stesso modo, che pel primo e lo iniettò in un altro animale, il quale dopo 50 ore era morto.

Questi esperimenti dimostravano quindi che si aveva a che fare con un fermento patologico, che si trova in soluzione nell'estratto di glicerina e che produce una malattia specifica, la setticemia. Questo fermento si riproduce nel corpo ammalato e la sua azione cresce passando in altro animale. Dopo sei settimane due sole goccie dell'ultimo estratto, injettate in un coniglio adulto e robusto, bastarono per produrre la morte in tre giorni e mezzo. L'Autore proseguì tali inoculazioni e trasmissioni fino alla 10ª generazione e la virulenza del virus si aumentava sempre più. Così 1|200 di goccia di un estratto N. 10, cioè, di sangue unito alla glicerina tolto alla 10ª generazione, bastò per produrre in 52 ore la morte d'un coniglio del peso di 1120 grammi.

Da questi esperimenti si vede quindi che un virus semplice, un fermento formatosi fuori dell'organismo, si converte in un contagio nell'interno d'un organismo ammalato.

Nelle esperienze fatte dall'Autore si tratta quindi di un corpo formatosi dalla putrefazione dei muscoli, solubile nell'acqua e nella glicerina, alterabile pel calore, che introdotto nel sangue d'animali viventi agisce come fermento e produce un processo morboso, la setticemia, per la quale si riproduce sotto forma più virulenta come contagio. Il modo con cui si forma questo fermento nelle sostanze in putrefazione, se alla sua formazione vi partecipino o no bacterie, se questo fermento viru-

lento è identico coi fermenti, che nella putrefazione si rendono attivi per la scomposizione dei corpi albuminoidi, se se ne sviluppi uno solo, oppure se nelle varie sostanze capaci di putrefare si sviluppano fermenti diversi, simili però tra loro quanto alla loro azione, sono questioni, che l'Autore non scioglie.

Dai risultati però ottenuti, l'Autore conchiude, che si devono per lo meno distinguere tre forme d'infezione settica, cioè:

1° L'icoremia, l'avvelenamento per prodotti di putrefazione, che agiscono solo in modo chimico, detta anche infezione putrida od intossicazione putrida, la cui gravezza, durata e decorso dipendono dalla quantità e dalla composizione delle sostanze virulente. Essa non è inoculabile sui sani;

2° La setticemia, l'avvelenamento per prodotti di putrefazione, che agiscono come fermenti. È una malattia tipica d'infezione contagiosa al massimo grado, che colla continuata inoculazione cresce in malignità e virulenza ed è quasi sempre mortale;

3° La pioemia (infezione purulenta, setticemia embolica, pioemia metastatica). Questa forma dal lato eziologico non differisce dai due processi d'infezione sopraccennati, ma è bene caratterizzata dal lato clinico ed anatomo-patologico.

La febbre nel vaiuolo. Conferenza clinica del dott. cav. Edoardo Maragliano. (*Estratto dall'Archivio di medicina chirurgica ed igiene*, 1875 Dispensa 9ª).

Di questo lavoro, che ha una speciale importanza per la natura dell'argomento, che tratta e per la ricchezza del materiale raccolto, diamo le più importanti conclusioni emesse dall'Autore. Dopo avere esposto l'andamento speciale della temperatura per ciascuna delle forme cliniche del vaiuolo, passa ad uno studio comparativo fra le cifre ottenute, per vedere quali criteri se ne possano dedurre onde differenziare le accennate forme cliniche fra loro. Egli si limita allo studio d'un solo periodo di esse, del periodo, cioè, che comprende i primi giorni dell'eruzione, giacchè è quì che le varie forme hanno un'impronta caratteristica, mentrecchè perdono d'ordinario questa fisionomia speciale nei periodi terminali del morbo. In questo studio comparativo prende in esame avanti tutto la persistenza della febbre e secondariamente l'elevatezza della linea termica. Dalla valutazione complessiva di questi due dati trae i seguenti corollari:

1° Ogniqualvolta si ha apiressia al mattino del secondo giorno, trattasi di varicella;

2° Ogniqualvolta si ha apiressia al mattino del terzo giorno, trattasi di vaiuoloide;

3° Ogniqualvolta al mattino del secondo giorno si ha febbre con temperatura inferiore ai 39°, trattasi di vaiuoloide;

4° Ogniqualvolta al mattino del quarto giorno si ha una temperatura superiore ai 38° ed inferiore ai 39°, trattasi di vaiuolo grave;

5° Quando al mattino del secondo giorno si ha una temperatura a 40° o superiore a 40°, trattasi di vaiuolo maligno;

6° Quando la temperatura senza aver oltrepassato il 40° al mattino del secondo giorno, si mantiene superiore ai 39° nel quarto, trattasi di vaiuolo emorragico.

Questi corollari però desunti dall'esame comparativo delle linee mediane nelle singole tabelle, non hanno un valore assoluto ed esclusivo. Ma vi hanno alcune proposizioni, che hanno un valore quasi esclusivo, come quelle che sono basate sulle cifre di ciascuna tabella, paragonate fra di loro. Sono le seguenti:

1° Non potrà trattarsi di varicella, quando la temperatura alla sera del primo giorno sarà superiore a 41°, ed alla sera del secondo giorno superiore ai 39°;

2° Non potrà trattarsi di vaiuoloide, quando la temperatura alla sera del primo giorno oltrepassa i 41° ed al mattino del secondo giorno è superiore ai 39°,5;

3° Quando alla sera del primo giorno si ha una temperatura di 41°,5 o superiore, si svilupperà un vaiuolo grave e con tutta probabilità si avrà esito infausto;

4° Quando al mattino del terzo giorno si ha una temperatura, che raggiunge od oltrepassa i 41°,5, si tratta di vaiuolo grave e mortale;

5° Quando al mattino del quarto giorno si ha una temperatura, che raggiunge od oltrepassa i 41°, si avrà con tutta probabilità un vaiuolo grave e mortale;

6° Quando la temperatura al mattino del secondo giorno raggiunge o va oltre i 41°, trattasi di vaiuolo maligno.

Questi corollari, che sono relativi ai primi quattro giorni dell'eruzione, porgono già dati importantissimi per poter fare nei primi quattro giorni la diagnosi della forma speciale del morbo. Ma completando i dati termometrici con quelli relativi all'eruzione, si ponno trarre alcune leggi di massima, che permettono fino dal mattino del secondo giorno di fare la diagnosi delle varie forme del vaiuolo.

Sono le seguenti:

1° È varicella se si ha apiressia;

2° È vaiuoloide se si ha temperatura inferiore ai 39°;

3° Se vi ha una temperatura fra i 39° ed il 40° può aversi un vaiuolo grave, od un vaiuolo emorragico primitivo, ma quest'ultimo si distingue facilmente dal grave per i fenomeni emorragici cutanei, che lo accompagnano;

4° È vaiuolo maligno, se ha una cifra che tocca i 40° o la oltrepassi.

L'esame comparativo delle tabelle termometriche rileva pure alcune leggi relative alla mortalità in generale. Secondo queste leggi sono probabilmente mortali casi:

1° Che al mattino del secondo giorno hanno una temperatura di 40° o superiore;

2° Che alla sera del terzo giorno presentano una temperatura superiore a 40°;

3° Che nella sera del quarto giorno presentano una temperatura superiore a 39°;

4° Che dal nono giorno in poi hanno una temperatura, che tocca o supera i 40°;

5° Che dall' undecimo giorno in poi hanno una temperatura che supera i 39°;

6° Che dal sedicesimo giorno in poi hanno una temperatura, che supera i 38°.

Sono poi sicuramente mortali i casi:

1° Che nel terzo giorno hanno superato la cifra di 40°,5;

2° Che il mattino del quarto giorno hanno superato la cifra di 40°,5;

3° Che alla sera del quarto giorno hanno superato la cifra di 40°,2;

4° Che al mattino del quinto giorno hanno superata la cifra di 39°,5;

5° Che alla sera del quinto giorno hanno superato quella di 40°;

6° Che alla mattina del settimo hanno superato la cifra di 39°,8;

7° Che alla sera del settimo hanno superato i 40°,5;

8° Che al mattino del nono hanno superato i 39°,2;

9° Che dal decimo giorno in poi hanno superato i 40°;

10° Che dal sedicesimo giorno in poi hanno superato i 38°,5.

L'Autore non s'occupa del vaiuolo abortivo e dell'emorragico secondario, perchè queste due forme non ponno avere nei primi giorni d'eruzione un'andamento caratteristico, giacchè è solo nel loro periodo terminale, che acquistano proprietà speciali.

Termina il suo lavoro con alcune considerazioni generiche per studiare quale sia la causa della cresciuta termogenesi nel vajuolo. Mostra come quell' ignoto agente specifico di qualunque natura esso siasi, che costituisce il principio efficiente dell'infezione vajuolosa, entrato nell'organismo, prima di determinare fatti cutanei, determina fenomeni nervosi, cioè localizzazioni non dubbie nel midollo spinale o nei suoi involucri e produce febbre. Cessato il periodo prodromico, succede il periodo eruttivo ed in questo stadio avvi febbre, che si mantiene più elevata al principio del periodo medesimo e diminuisce col compiersi dell'eruzione. Or bene i fatti cutanei per sè stessi come focolai flogistici, non ponno spiegare l'innalzamento della temperatura, che si osserva nel periodo suppurativo.

Se questi focolai infiammatorj possono, assolutamente considerati, prendere una qualche parte nell' aumento della temperatura, nelle condizioni speciali però, in cui si trovano disposti, dovrebbero favorire un abbassamento della cifra termica.

Ed infatti per l'azione del vajuolo s'hanno le funzioni cutanee soppresse per tratti abbastanza estesi, e tale circostanza, come è noto, contribuisce a diminuire la temperatura. Questa causa d'abbassamento della temperatura si ha più potente nel vajuolo maligno e nell' emorragico,

quando l'epidermide cade a larghe falde al primo urto o spontaneamente per mortificazione. Quindi nei fatti cutanei, quand'anche si abbia qualche condizione capace di fornire in qualche modo l'aumento di temperatura, ve ne hanno altre più potenti e numerose per farla abbassare. È adunque necessario ricercare altrove le cause di questa febbre, che i fatti cutanei per sè stessi non ponno spiegare. Per l'autore è dal principio infettivo del vajuolo, che si deve ripetere la febbre del periodo prodromico ed eruttivo non solo, ma eziandio quella del periodo suppurativo. Per tal modo il principio infettivo del vajuolo produrrebbe ad un tempo i fatti cutanei ed i fatti febbrili e con tutta probabilità questi effetti del virus vajuoloso si produrrebbero per mezzo del sistema nervoso.

Sulla velenosità naturale del cadavere umano; Seconda serie di esperienze. Memoria del dott. Aliprando Moriggia, letta alla Reale Accademia dei Lincei, il 5 dicembre 1875.

Dopo aver descritti i varj processi chimici, di cui si servì per le sue esperienze, viene a questi risultati:

1.° Il veleno cadaverico esiste nei cadaveri d'individui morti per diversa malattia, disumati dopo 80 giorni dalla morte e stati sotterrati in stagione e luoghi caldi assai; anzi la putrefazione spinta a questo punto sembra l'abbia generato in maggior copia.

2.° La depurazione chimica opportunamente spinta fornisce estratti viscerali senza veleno cadaverico.

3.° Il veleno cadaverico si può estrarre con diversi metodi: l'etere riesce a toglierne non solo dai liquidi acquosi alcalini, ma pur acidi: l'alcool amilico ed etilico ne è buon dissolvente.

4.° Il liquido viscerale acquoso, anche dopo diversi trattamenti alcoolici, eterei, ecc., tornando ancora assai mortale, parrebbe possibile che diversi fossero i veleni cadaverici, benchè nel fondo la sintomatologia fisio-tossicologica appaja poco differente.

5.° L'etere puro, l'alcool amilico, anche ricorrendo alle migliori precauzioni nel trattamento dei liquidi viscerali alcalini, stricniferi, porta seco in simili circostanze una certa porzione di stricnina.

Sull'ateroma delle arterie in rapporto specialmente alle sue cause ed effetti; Studj ed osservazioni del dott. Antonio Curci. Memoria premiata dalla Facoltà medica di Napoli. (Giornale *Lo Sperimentale*, aprile 1876).

Nella prima parte del suo lavoro tratta delle alterazioni anatomiche e dopo aver esposto le varie dottrine ed opinioni degli autori sotto tale riguardo conchiude, che l'ateromasia è un processo infiammatorio cronico, che ha per risultato la neoplasia e la degenerazione grassa e calcarea della medesima, esiti ordinarj d'ogni neoplasia, che si svolge sotto condizioni sfavorevoli di nutrizione, per cui deve fatalmente subire non una progressione, ma una regressione degenerativa.

La seconda parte tratta delle cause dell'ateromasia. I due momenti eziologici inseparabili tra loro, che producono la degenerazione ateroma-

tosa della tunica intima delle arterie sono: uno stimolo, che valga a provocare il processo infiammatorio cronico e quindi la neoplasia ed una condizione di debolezza dell'organismo, che ne favorisca la degenerazione. È perciò che la massima frequenza di questa malattia si trova nell' età avanzata.

L'ateromasia non è però l'esclusivo appanaggio dell'età avanzata; talvolta s'osserva anche in soggetti giovani e ciò si spiega nella vecchiaja precoce, a cui vanno soggetti per tante influenze svariate, che loro ha presentato la condizione sociale o un morbo consuntivo.

Qualunque causa che affretta l' evoluzione organica e sciupa avanti tempo le forze dell'organismo è una causa predisponente all'ateromasia. Tali sono a considerarsi l' influenza del clima freddo umido, abusi di vita, eccessi di fatica, dispiaceri, alimentazione insufficiente e cattiva. —

Forse qualche influenza l'esercita il clima, oppure la razza e le abitudini; essendo gli aneurismi, che il più delle volte sono prodotti da ateromasia, più frequenti in Inghilterra che in Francia. La razza anglosassone vi è secondo Lebut particolarmente predisposta; gli aneurismi sono rari invece in Germania, in Italia e in Svizzera; frequenti invece in Turchia, nel Belgio, nel Chilì; rari in Egitto e quasi sconosciuti presso i Negri.

Le cause reumatizzanti talvolta uniti a sforzi muscolari o altro hanno una gran parte nella produzione dell'ateromasia. È opinione comune che nei più dei casi l'ateromasia si svolga sotto l'influenza della diatesi reumatica. È modo di vedere dei patologi, che s'ammalino le articolazioni e l' endocardio per una discrasia, che prende l' origine dalla difettosa attività cutanea, per cui nel sangue si accumulano tutte quelle sostanze di riduzione organica, che nella vita sana vengono eliminate per la pelle. Trovandosi nel sangue queste sostanze nocive, si può emettere l'ipotesi, che esse irritino la tunica intima delle arterie analogamente alle sierose e più direttamente.

Per l'autore la così detta diatesi gottosa è causa assai dubbia di ateromasia.

Una causa importante d'ateromasia si trova nell'urto della corrente sanguigna contro la tunica intima aumentato sia per sforzi muscolari, sia per ipertrofia di cuore od altro. Un' altra causa già notata dal professor Tommasi, e che è capace di produrre endoarterite dell'aorta iniziale e vizj delle semilunari è l'inspirazione d'aria calda dinnanzi a fornaci, carboni ardenti e simili.

Ciò spiegherebbe il perchè le lesioni dell' aorta iniziale e delle valvole semilunari sieno così frequenti nei cuochi, nei fornai, nei fabbri e così via. Ciò avverrebbe, perchè l'eccesso del calore agisce sull'organismo come agente tossico, e forse anche, secondo l' idea del prof. Tommasi, la principale azione morbigena si dovrebbe all'ossido di carbonio che s'ispira. Ciò sarebbe in parte confermato dalle osservazioni del dott. Klebs di Berlino, secondo cui l'ossido di carbonio determina una dilata-

zione ed un allungamento dei vasi in seguito ad un'atonia della loro tunica muscolare. — Secondo l'autore, l'ossido di carbonio concorrerebbe, in altro modo a produrre l'ateromasia per l'azione, cioè, che esso esercita sui globuli sanguigni e su tutti gli elementi anatomici, per cui perdono la virtù d'assorbire l'ossigeno e di trasformarlo in acido carbonico. Prolungandosi l'azione per un certo numero di anni, come avviene nei cuochi, fornai, ecc., si avrebbe una speciale cachessia determinata dalla continua alterazione funzionale dei globuli sanguigni e degli elementi anatomici e quindi della nutrizione generale, donde una causa predisponente all'ateromasia.

Altra causa di molto valore nel produrre ateromasia è l'abuso delle bevande alcooliche.

Si ammise che la sifilide possa essere causa d' ateromasia, quantunque non si conosca un vero nesso causale tra l'infezione sifilitica e l'ateroma arterioso.

L'ateromasia è frequente in individui, che hanno subìto attacchi d'intossicazione saturnina, quantunque ne sia ancora oscura la patogenesi, se cioè, sia il piombo direttamente oppure una discrasia gottosa determinata dall'intossicazione, la causa dell'ateromasia.

In questi ultimi tempi si constatò la frequenza della coincidenza delle lesioni croniche dei reni e particolarmente della nefrite interstiziale coll'ateromasia. Questa influenza della malattia renale sull'affezione vasale si potrobbe esercitare in due maniere: dapprima per la creazione d' un ostacolo circolatorio nel parenchima renale, che avrebbe per effetto di sollecitare l' attività del ventricolo sinistro e determinarne l' ipertrofia; in secondo luogo per la modificazione del sangue, che si produce rapidamente nella discrasia albuminurica e che sembra predisporre all'infiammazione tanto il pericardio che l'endocardio.

La terza parte tratta degli effetti dell' ateromasia e contiene cose già note.

L'ultima parte concerne la statistica approssimativa delle principali arterie, che vanno soggette all'ateromasia. Sui 116 casi raccolti dal libro delle autopsie dell'Istituto patologico di Napoli, l'autore osservò affetta l'aorta ascendente 75 volte, l'arco dell'aorta 41, l'aorta toracica discendente 28, l'aorta addominale 19, le arterie cerebrali 16, l'aorta iniziale 12, l'arteria basilare del cervello 10, l'arteria degli arti inferiori 6, l'arteria coronaria 6, i rami principali dell'arco aortico 5, le iliache 5, le carotidi interne 3, l'arteria splenica 3, le arterie polmonali 2, l'arteria colica 1, il trigono celiaco 1.

La varia invasione del processo ateromatoso sulle diverse porzioni del sistema arterioso ci dice che vi sono cause esterne, che agiscono sull'intiero organismo e dispongono quasi egualmente tutte le arterie ad ammalare, e vi sono cause interne a noi in parte ignote, che fanno ammalare più quella che quest' arteria; forse in azioni meccaniche e nella posizione topografica debbono consistere le dette cause interne.

Sulla coincidenza di perturbazioni del magnetismo terrestre e di attacchi nervosi; Comunicazione del prof. MAGGIORANI. Roma 1875.

Tale brevissima nota si riferisce a modalità occorse nell'andamento di malattie nervose nella notte tempestosa e nevosa, che precedè l'undici marzo e nel mattino dello stesso giorno.

Avvenne cioè che epilettici, paralitici ed isteriche offrissero contemporaneamente attacchi di nervi, a cui da lungo tempo non andavano soggetti.

Due epilettici, l'uno fanciullo, l'altro adolescente, che da un mese non avevano accessi, provarono in quella notte e nella mattina successiva ripetuti attacchi d'epilessia. Così pure un emiplegico in quella stessa circostanza soffrì movimenti involontarj molestissimi agli arti affetti ad un grado più intenso che in qualunque altra volta. Nella sala delle donne un'isterica, che da molti giorni aveva i nervi in perfetta calma, ebbe a patire ambascia e difficoltà di respiro per gran parte di quella notte. La causa più probabile, secondo l'autore, di questa coincidenza che non si può ritenere come fortuita, si deve ammettere nella perturbazione del magnetismo terrestre, che incominciato fino dai primi di marzo, raggiunse un grado elevatissimo fra il decimo e l'undecimo giorno. Del resto non è la prima volta che viene segnalata la corrispondenza fra le perturbazioni dei magneti registrati nelle tabelle della specola e la maggiore agitazione dei mentecatti. CARPANI.

Dei disturbi della parola nella paralisi generale; pel dott. VOISIN. (*Archiv. Generales de medecine*, Janvier 1876).

Il linguaggio articolato riconosce due condizioni essenziali alla sua esistenza, l'esistenza, cioè, di un organo ove l'idea si elabora (periferia del cervello nella sua parte anteriore) ed una serie di apparecchi atti a trasformare in linguaggio articolato la idea primitiva, quali le fibre conduttrici, le cellule nervose, i nervi bulbari e i muscoli ch'essi stessi vanno ad innervare.

L'integrità di queste differenti parti è indispensabile al regolare esercizio della parola, e le lesioni di ciascuna di esse daranno manifestazioni differenti, cliniche, anatomiche e anche microscopiche. Le congestioni infatti, la imbibizione della sostanza nervosa, l'infiltramento cellulare, le emorragie capillari, gli spandimenti sierosi, ecc., sono tutte lesioni più o meno diffuse e spiccate che ostacolano il passaggio della corrente nervosa, donde gli ordini della volontà non arrivano immediatamente o regolarmente alla loro destinazione; di qui la parola esitante e l'impossibilità di rendere un'idea, che si è tuttavia concepita: avviene lo stesso che nell'afasia. Alcuni afasici infatti concepiscono nettamente una idea ma non possono erprimerla colla parola: la memoria e la volontà sono integre, ma per lesioni centrali vi ha arresto di comunicazione fra le parti che presiedono alla volontà e quelle che sono deputate ad eseguirne gli ordini. Quindi anche quegli ostacoli, i primi accennati, che si trovano sulle fibre di trasmissione, meritano pure il nome di

disturbi dell'intelligenza per distinguerli da quelli atassici o paralitici, che sono la conseguenza di un difetto di armonia nella coordinazione dei movimenti per alterazione delle fibre o cellule bulbari, da cui emanano i nervi. Questi disturbi della parola osservati nella paralisi generale consistono nei seguenti: *mangiar le parole* (*anonnement*), *tirar in lungo la parola* (*trainement*), *barbugliamento* (*bredonillement*), *esitazione*, *balbuzie* (*gégaiement*), *tremore*, *mutismo*.

L'*anonnement* è quell'imbarazzo della parola costituito dal ritardo nella emissione delle lettere, delle sillabe e dei motti; la causa di questo ritardo è la mancanza della memoria, uno dei sintomi della demenza nella paralisi generale. Se simili disgraziati non sono ancora arrivati ad un grado avanzato di demenza, invitati a scrivere dimenticano alcune lettere e talora dei motti intieri; talune volte per debolezza generale intellettuale loro sfugge l'idea e dopo alquanto balbettamento finiscono nella parola *cosa*, di cui alcuni fanno grande abuso. Questo fatto però non solo si osserva nei dementi, ma anche in altri psicopatici per ragione opposta: cioè mentre nei primi vi ha vero difetto di intelligenza, in questi ultimi invece vi ha grande rapidità nella associazione delle idee, per modo che l'idea primitiva è bruscamente interrotta d'altre idee confuse che si sovrappongono; di qui la sconnessione del discorso e l'impiego frequente della parola *cosa*. Sia che lo smozzicar delle parole si presenti presto e accenni alla incipiente demenza, sia tardi e accenni alle sue ultime frasi, ha evidentemente un significato pronostico assai grave: vi si unisce presto il barbugliamento, l'esitazione della parola e delle lunghe soste fra una parola e l'altra, epoca alla quale il demente assume una *facies* particolare: la figura perde affatto la sua espressione e sembra una maschera.

Il tremore della parola è pure un atassia, un disordine, e consiste nell'emissione di motti le cui sillabe sono fra loro separate da intervalli non isocroni: è il balbettamento dell'uomo ubbriaco o in un accesso di collera. La voce tremola ha un grande valore dal punto di vista diagnostico della paralisi generale, poichè assai di frequente appare tutto affatto all'inizio della grave psicopatia e può così peggiorare da divenire impossibile la articolazione dei suoni.

La balbuzie è un disturbo della parola costituito dal ripetersi di più sillabe o più parole, accompagnato da un penoso sforzo di articolazione: non ha un significato pronostico importante, nè può essere di molto lume nella diagnosi.

Il barbugliamento (bredouillement) considerato in un individuo, che non è affetto da paralisi generale, è caratterizzato dalla emissione precipitata delle sillabe, donde un linguaggio assai confuso. Alla sua esistenza non è necessario che la parola sia eccessivamente rapida, ma basta la deficente sinergia fra le funzioni del bulbo e l'influenza della volontà troppo viva. Sembra che in simili individui muscoli e nervi non abbiano il tempo di eseguire gli ordini comandati dalla volontà; questo

sintomo nella paralisi generale è più un fenomeno di vera paralisi di quello che una manifestazione di disordine.

Non è che negli stadii avanzati della paralisi generale progressiva che si osserva il *mutismo*, ed allora tiene a due cause, cioè, o a un difetto di idee, o a una paralisi degli organi, che servono in parte alla emissione dei suoni, quali la lingua e le labbra.

Da questo rapido studio l'Autore conchiude, che dalla fisiologia patologica di questi diversi disturbi della parola si può discendere ad una diagnosi anatomica del grado delle paralisi generali.

Nota sull'escara della natica e suoi rapporti colle lesioni dei lobi posteriori degli emisferi cerebrali; del dott. Joffroy. (*Archives gen. de medecine*, Gennajo 1876).

Nel 1868 Charcot pubblicava negli *Archivi di Fisiologia* una nota *sulla formazione rapida di un' escara alla natica del lato paralizzato nella emiplegia recente da causa cerebrale;* dopo quest'epoca l'illustre maestro pubblicò nelle sue lezioni cliniche altri studii sopra questo argomento e stabilì una essenziale distinzione fra la sede e il valore pronostico dell'escara, secondo che essa è dovuta a lesione del midollo spinale o del cervello. Nei casi di alterazione del midollo l'escara appare alla regione sacrale, occupa la linea mediana e si estende presso a poco d'ambo i lati, mentre quando solo una metà del midollo spinale è lesa, l'escara è unilaterale, sempre dal lato della lesione nervosa, ma sempre al sacro: in questi casi l'escara è ben lungi dall' annunciare una fine fatale ed inevitabile. In quei casi invece di lesioni cerebrali, e specialmente dell'emorragia o del rammollimento, in cui anche la morte è vicina, l'escara si presenta sempre alla natica e dal lato paralitico. Ha, come si è detto, una grave significazione pronostica, ma qualche volta è rappresentata da una semplice echimosi, mentre talora assume uno sviluppo eccessivamente rapido.

L'Autore ha osservato parecchi di questi casi a rapida evoluzione e in tre casi di rammollimento la autopsia dimostrò, che la lesione siedeva in uno dei lobi posteriori, e in un caso di paralisi generale alla tavola anatomica fu dato dimostrare, che negli ultimi periodi della malattia si erano sviluppate nei lobi posteriori lesioni diffuse di periencefalite. Questi fatti indussero l'Autore a pensare, che la sede della lesione dovea avere una grande importanza nella formazione dell'escara e per conseguenza sulla vita del paziente. A tale scopo l'Autore riporta tre storie cliniche di sua osservazione, che offrono gli stessi particolari di decorso: in questi tre casi la lesione cerebrale è poco estesa, siede nel lobo occipitale e dà luogo agli stessi sintomi; la paralisi di moto migliorò naturalmente in pochi giorni, eppure la morte si annunciò rapida ed inesorabile con un' escara larga e profonda alla natica.

Le lesioni dei centri nervosi, che danno luogo a disturbi trofici, si producono sempre nelle parti, che presiedono alle funzioni delle sen-

sibilità o in vicinanza ad esse: questa relazione topografica vale tanto pel midollo spinale ed i nervi che pel cervello. Senonchè per dar luogo a questi disturbi di nutrizione è necessario che la lesione abbia esattamente sede nelle regioni sensitive o anche solo nelle loro vicinanze? Due sono le ipotesi di risposta: o nei centri nervosi vi sono elementi destinati nè alla sensibilità, nè alla motilità, ma solamente alla nutrizione dei tessuti, donde per così dire la paralisi di nutrizione, o i disturbi trofici non devonsi considerare quali fenomeni di paralisi, ma come di eccitazione. Allora non vi è più bisogno di ammettere nervi trofici speciali e la presenza di elementi sensitivi basta a spiegare il fenomeno: vale a dire la loro lesione determina un eccitamento non più fisiologico, ma patologico che si traduce in un disturbo funzionale, in un vero vizio di nutrizione. Qualunque delle due ipotesi si accetti un fatto solo è positivo, che cioè le lesioni del midollo, che danno luogo a disturbi trofici cutanei hanno sempre sede nelle regioni deputate alla sensibilità.

Alle regioni posteriori del cervello sono specialmente devolute le funzioni della sensibilità, dimodochè le lesioni di certe parti dei lobi posteriori cerebrali danno luogo all'escara della natica corrispondente e un disturbo generale della economia animale, più che le lesioni di altre parti del cervello istesso. Aggiunge l'Autore, che molto probabilmente le lesioni del talamo ottico presentano in gran parte le stesse particolarità dei lobi posteriori pei rapporti che i fisiologi riconoscono fra questi ed i gangli ottici; ad ogni modo scopo dell'Autore fu quello di tentare di stabilire l'esistenza nel cervello di centri trofici indipendente dai centri psichici, motori e probabilmente anche dai centri sensitivi: nuovi fatti sono però indispensabili per gettare i fondamenti di una legge generale e poter fare una meno vaga localizzazione.

Soccussione ippocratica in una cisti ovarica. (*Archives gen. de medecine*, Marzo 1875).

Il dott. Laboulbene fece parte all'Accademia di medicina di Parigi un fatto altrettanto raro che interessante: si tratta di una donna affetta da cisti ovarica probabilmente uniloculare; dopo un mese di degenza nello ospitale venne presa da febbre, il tumore ovarico si fece dolente alla palpazione, la pelle rossa, il suono alla percussione timpanico anzichè ottuso: agitando bruscamente la paziente si avvertiva un suono simile a quello che si ha scuotendo una tazza piena per metà di acqua. Applicato allora dal dott. Laboulbene l'orecchio sul ventre e imprimendo delle scosse al corpo della donna, egli percepì nettamente ciò che si è chiamato *soccussione ippocratica* col tinnito metallico, che le è particolare. Escluso con attento esame, che si fosse fatta qualche comunicazione fra la cisti e l'intestino o la vescica, solo la fermentazione del liquido cistico poteva produrre gaz nella cavità chiusa della cisti. È ciò importante poichè nella soccussione ippocratica dell'idro-pneumo-torace non si ammette, che i gaz si svolgano spontaneamente, ma si suppone sempre che esista comunicazione fra i bronchi e la cavità della pleura.

In un pregevole lavoro successivo l'Autore invocando l'autorità di egregi clinici, ritorna sull'argomento per arrivare alla seguente conclusione, che oggi, appoggiati a fatti irrefragabili, si deve ammettere che il rumore di soccussione ippocratica, o il rumore di flusso idro-aerico a timbro metallico, può essere percepito in parecchie varietà di tumori addominali e qualche volta senza che questi si trovino in comunicazione coll'aria esterna.

Sullo stato della temperatura e della circolazione dopo le lesioni del midollo spinale; pel dottor HUTCHINSON. (*Lancet* Maggio 1875 e *Archiv. gen. de med.*).

Di regola una lesione del midollo spinale producendo una paralisi vaso-motoria induce una elevazione di temperatura: la sezione o la lesione di un nervo puramente motore non influenza punto la temperatura; nelle paralisi invece dei nervi puramente sensitivi si ha abbassamento di temperatura, che Bernard vorrebbe trovare anche in quella dei nervi motori. Solo la lesione del sistema vaso-motore produce una elevazione di temperatura, stantechè la sua paralisi rilasciando i vasi permette un' afflusso di sangue superiore alla norma; ora gli unici casi, in cui si può affermare che solo il sistema vaso-motorio è leso, sono le lesioni del midollo cervicale o delle radici del plesso bracchiale. Secondo l'Autore, l'aumento dura da 10 a 15 giorni, ed è seguito da un abbassamento di temperatura con rallentamento del polso: il periodo di elevazione termica nelle parti colte da paralisi, sia pure un sol membro o quasi tutto il corpo intiero, quando si tratta di lesione del midollo cervicale, è di un periodo transitorio, poichè in un tempo più o meno lungo avviene abbassamento: è questo un fatto importante a conoscersi, poichè così si spiegano quei casi eccezionali, in cui non si è osservato un periodo di elevazione. Questo fatto del raffreddamento delle parti paralizzate, fenomeno senza dubbio indipendente dalla paralisi dei vasi che le irrorano, merita maggiore attenzione di quella che gli venne fino ad ora accordata. Egli è probabile che l'abolizione delle funzioni delle parti paralizzate, cioè della sensibilità della pelle e della contrazione muscolare, determini torpore della vita cellulare incompatibile colla produzione di calore. Non conosciamo con certezza ciò che avviene nelle arterie, ma è certo ch' esse non rimangono piene come nei primi tempi della paralisi, ma ritornando man mano allo stato normale, determinano colla diminuzione del circolo un relativo abbassamento di temperatura. Come si spiega però che in alcuni casi, fra i quali uno ne cita anche l'Autore, il periodo di paralisi vaso-motorio è segnalato da un abbassamento anzichè da una elevazione di temperatura? Probabilmente in questi casi la debolezza della attività cardiaca può essere la causa di tale eccezione: l'apparato di innervazione del cuore esercita un' azione deprimente o eccitante sull'organo, quindi si può essere autorizzati a dire che i nervi cardiaci possono essere essi stessi influenzati in vario senso a seconda della sede precisa e della estensione della lesione del midollo

cervicale e dei gangli del simpatico: sotto questo punto di vista però v'è uopo di nuove e diligenti ricerche sperimentali.

Modificazioni della temperatura nella epilessia; del dott. Lewis. (*Med. Times and Gazette*).

Dopo lo studio di numerosi fatti clinici l'Autore si crede autorizzato alle seguenti conclusioni:

1.° Si ha una elevazione costante di temperatura molto tempo prima dell'accesso da esagerata attività nutritiva delle cellule motrici.

2.° Prima dell'accesso l'elevazione raggiunge il suo maximum e sopravengono fenomeni manifesti di paralisi vaso-motoria.

3.° Alla fine del parossismo convulsivo cessa la paralisi dei centri vaso-motori e la temperatura ritorna ne' suoi limiti normali.

Influenza della eterizzazione sulla temperatura. (*Archiv. gen. de med.*).

Nella seduta del 6 aprile 1875, all'Accademia di medicina di Parigi, Simonin di Nancy presentò le seguenti conclusioni circa la temperatura dell'uomo nei diversi gradi dell'eterizzazione prodotta dal cloroformio:

1.° Nel periodo di eccitazione la temperatura crebbe di 1,8[10 di grado.

2.° Nel cosidetto periodo chirurgico crebbe ancora due volte 1[10 di grado, ma in genere diminuì di 2 ad 8[10 di grado.

3.° Nel periodo di colasso si constatò un abbassamento di 9[10 di grado al disotto del fastigium.

4.° Considerando l'insieme delle manifestazioni, la temperatura durante l'eterizzazione si è elevata da 1 a 9[10 di grado al disotto del punto di partenza, e si è abbassato di 1,2[10 e forse anche di 1,4[10.

5.° Allo svegliarsi la temperatura ritornò quasi sempre normale: qualche volta si notò superiore di 2 a 5[10 e qualche altra inferiore di 1 a 6[10 di grado.

6.° In qualche caso l'emorragia sembrò dare spiegazione dell'abbassamento di temperatura, ma in altri casi, senza emorragia, tale spiegazione non potè naturalmente essere ammessa.

7.° Età e sesso non esercitarono alcuna influenza su tali modificazioni.

8.° L'aumento di temperatura nel periodo di eccitamento e sul principio di quello chirurgico non si credette attribuibile ad una paralisi dei nervi vaso-motori.

9.° La teoria di una eccitazione speciale e primitiva delle origini organiche nervose per l'azione dell'anestetico sembrò ammissibile.

Pirovano.

RIVISTA DI SIFILOGRAFIA

del dottor CARLO PADOVA

(Continuazione e fine. — Vedi il fascicolo precedente, pag. 588).

Diday e Doyon — *Terapeutica delle malattie veneree e delle malattie cutanee.*

Fourestié — *Nota per servire alla storia di una forma di reumatismo blennorragico.*

G. G. Gascoyen — *Casi di reinfezione sifilitica.*

Francesco Mason — *Dell' ulcero infettante alle labbra e in altri siti anormali.*

W. Petters — *Sulle proprietà contagiose delle vegetazioni.*

Ed. Nettleship — *Ulcero delle narici seguito da sifilide costituzionale.*

Società med. di Londra — *Ulceri infettanti.*

Taylor — *Le apparenze cliniche dell'ulcero sifilitico sul seno.*

Vajda — *Intorno la febbre sifilitica ed il cambio materiale sifilitico.*

V. Janowsky — *Osservazioni per servire allo studio della febbre sifilitica.*

Vict. Bremer — *Ricerca sulla febbre sifilitica.*

Droguat Landre — *Dell'irite sifilitica.*

Fournier — *Sarcocele sifilitico.*

Zeissl — *Un caso di sarcocele sifilitico molto suppurante e vegetante con ulcerazione contemporanea del retto.*

G. Di Lorenzo — *Contribuzione clinica ed illustsazione sul fungo benigno del testicolo in rapporto alla sifilide generale.*

Pick — *Sulla conoscenza delle cheratosi.*

Fred. Taylor — *Indurimento del muscolo sterno-mastoideo.*

Bälz — *Sulla sifilide emorragica.*

Grandidier — *Della sifilide polmonare e della sua curabilità colle acque solforose di Nemdorf.*

E. Aufrecht — *Casi di tubercolosi miliare sifilitica.*

Fournier — *Della tisi sifilitica.*

N. V. Thoreseu — *Rapporti tra la sifilide e la tisi.*

Alf. Rey — *Studii sulla sifilide tracheale.*

Fournier — *Delle lesioni terziarie della faringe.*

Id. — *Degenerazione sifilitica della glandola sotto-linguale.*

Hughling Jackson — *Sulle affezioni sifilitiche del sistema nervoso.*

J. Dreschfeld — *Alcuni casi di affezioni nervose sifilitiche.*

Albert Reder — *Osservazioni di affezioni sifilitiche del sistema nervoso.*

Heubner — *Delle affezioni sifilitiche delle arterie cerebrali, con rimar-*

chi di istologia normale e fisiologica sulla circolazione delle arterie cerebrali.

G. Balfour — *Delle nevralgie facciali persistenti sintomaticde di affezione cerebrale sifilitica.*

Huguemin — *Casi di meningite sifilitica.*

Hughlign Jackson — *Tumore sifilitico del lobo mediano del cervelletto.*

C. Jespersen — *Sifilide causa di paralisi progressiva.*

Fournier — *Lesioni terziarie dell'ano e del retto.*

L. Jullien — *Saggio di statistica sulla sifilide terziaria.*

M. Kassowitz — *Della trasmissione della sifilide per via ereditaria.*

Utkinson — *Eziologia della sifilide congenita basata su considerazioni istologiche.*

Macdonald — *Placenta sifilitica.*

F. Weber — *Sulla influenza del metodo di cura della sifilide sulla gravidanza di donne sifilitiche.*

Cairus — *Sui danni ai quali sono esposti gli ostetriei.*

Henry Petit — *Della sifilide in rapporto al traumatismo.*

Vaida — *Contribuzione all'anatomia delle papule sifilitiche delle parti genitali.*

Colomiatti — *Contribuzione alla istologia patologica della sifilide costituzionale ed allo siudio della genesi delle cellule giganti.*

Langlebert — *Della dilatazione mediata nella cura degli stringimenti uretrali.*

F. Jakubowitz — *Delle injezioni parenchimatose, nuovo sistema di cura dei bubboni.*

O. Kahler — *Ricerche sul latte di donne curate colle frizioni mercuriali.*

V. Druhen — *Del joduro di ammonio e del suo impiego nella sifilide e nella scrofola.*

L. Lazzansky — *L'iodoformio ed il suo uso terapeutico.*

Nirgon — *Dell'essenza di Santal, suoi vantaggi contro la blennorragia e suo miglior metodo di amministrazione.*

Simmons — *Sulla cura delle ulceri veneree.*

C. G. Cullingworth — *Delle injezioni mercuriali sottocutanee.*

Ant. Fienga — *Esperimenti sull'azione dell'acido salicilico.*

Terapeutica delle malattie veneree e delle malattie cutanee; dei dottori Diday e Duyon. (Paris 1876).

Il volume di pag. 887, sortito affatto recentemente dall'editore Masson di Parigi è diviso in due distinte parti: una tratta della terapeutica delle malattie veneree, la seconda delle malattie cutanee, e come rilevasi da poche parole dei singoli Autori, la prima è esclusivamente redatta dal sifilografo Lionese Diday, e l'altra dal Doyon.

Dovendo però noi qui trattare solamente di una rivista sifilografica,

è della prima parte che ci sforzeremo di dare un' idea, riserbandoci di parlare della seconda nella rivista dermatologica.

Il dott. Diday si è proposto in questo lavoro uno scopo eminentemente pratico, e perciò senza dimenticare affatto le quistioni, che vive ancora si agitano nel campo sifilografico, principalmente per quanto riguarda l'ulcero e le sue conseguenze, accenna in modo più marcato alle cause, ai sintomi, al decorso, ai postumi di ciascuna lesione, fermandosi principalmente a quanto si riferisce alla cura di esse, che esamina in generale molto attentamente e con una minuziosità in alcuni casi quasi spinta.

Il lavoro è diviso in tre capitoli: 1.° Blennorragia; 2.° Ulceroide; 3.° Sifilide.

Capitolo 1.° — *Blennorragia.*

L'evoluzione della blennorragia è divisa in quattro periodi: Periodo del principio della malattia o periodo *abortibile ;* periodo di *stazione* o irrepressibile, in cui non vi è speranza di fare una cura rapida ed il tentarla sarebbe spesso pregiudicevole; periodo di maturità o repressibile, in cui si può e si deve fare questa cura; periodo di cronicità e di stazionarietà, in cui vi sono indicazioni differenti, che nascono dalla tendenza della malattia a persistere.

La cura del primo periodo si può solamente intraprendere quando esistano appena i prodromi dell'avuta infezione, cioè prima che sia comparso lo scolo, o tutt'al più appena se ne abbia un primo sentore. In questo caso una sola injezione di nitrato d'argento nella proporzione di 0,2 di sale in 18 grammi di acqua basta alla guarigione.

Nel secondo periodo, che tante volte è lunghissimo e può durare anche mesi, non bisogna far niente contro lo scolo, ma attendere ed attenuare e far scomparire toltamente i sintomi di acutezza.

Nel terzo periodo o di maturità, o repressibile si può anzi si deve confidare grandemente nei balsamici, nelle injezioni più allungate di nitrato d'argento, e questa cura deve, se è giunto il vero momento, guarire lo scolo in 12 giorni circa.

Il quarto periodo o di stazionarietà è diviso in tre varietà:

1.° Blennorragia cronica, il cui carattere è di potere sotto l'influenza delle cause eccitanti ritornare momentaneamente allo stato sub-acuto. In questo stadio si adopera ancora il copaive, la mistura Chopart, le injezioni astringenti, e se questo metodo non dà prova buona, l'Autore lo sospende per ricorrere all'applicazione di vescicanti lungo l'uretra.

2.° Blennorrea propriamente detta, che ha per carattere di potere sotto l'influenza delle cause eccitanti ridivenire momentaneamente contagiosa. Se questa dura solamente da pochi mesi, si deve curare colle injezioni astringenti, se invece dura da tempo più lungo od anche da anni, allora bisogna fare la cura sostitutiva con injezioni di nitrato d'argento o a dosi deboli ma continuate, o a dosi forti ma di rado allo scopo

di ravvivare lo stato acuto dello scolo, ciò che si può pure ottenere introducendo candelette irritanti nell' uretra. Tenuto però sempre a mente , che la causa della persistenza di certi scoli cronici può essere uno stringimento uretrale, bisogna prima pensare a togliere questo.

3.° Scolo mucoso, il di cui carattere è di non potere sotto l'influenza di qualunque causa eccitante divenire anche momentaneamente contagioso. In questo stato, che veramente non potrebbe essere posto nella classe della blennorragia, come fa l'Autore, si potrebbe anche far nulla, però vi sono indicate le injezioni mezzo-solide al glicerolato d' amido sole o addizionate di astringenti anche polverulenti, e la cura generale ricostituente ed igienica.

Aggiunge l'Autore indi un' articolo sulle blennorroidi, cioè malattie che possono simulare la brennorragia e sono l' uretrorrea e l' erpete uretrale.

L'uretrorrea non è un grado leggiero della blennorragia, ma uno stato affatto a sè, avente la sua causa propria nel coito con donna in periodo di mestruazione, una evoluzione propria, una durata piuttosto lunga e le sue incompatibilità terapeutiche, cioè che il balsamo di copaive ed il cubebe non la modificano punto, e che può coincidere colla blennorragia. Questa malattia si deve curare colle injezioni astringenti.

L'erpetismo uretrale è una specie di flussione dell'uretra dipendente dalla diatesi erpetica, per cui si osserva facile nei soggetti, che ne portano o ne ebbero altre manifestazioni. Vi ha dapprima un incomodo, poi vero dolore all'atto del mingere o dell'erezione, il canale è teso, caldo, il meato rosso, tumefatto e segregante una sierosità quasi incolora.

La malattia non dura generalmente che otto giorni. Si può confondere coll'esordire di una blennorragia, ma il dolore ne è diverso , e si sente solo nel mingere, vi hanno altri segni d'erpetismo. Cura: bagni, bevande diluenti e la continenza.

Parla in seguito delle blennopatie o lesioni estra-uretrali consecutive alla blennorragia, e qui detto dell' infiammazione, dell' edema del fimosi, degli ascessi periuretrali, della linfangioite, dell'adenite, della prostatite e cowperite fermasi più a lungo, come argomenti di maggior importanza, sulla cistite, sull'epididimite ed orchite, sul reumatismo blennorragico e sulla balano-postite. La cistite, oppure semplice cistalgia accidente o meglio incidente, come lo chiama l' Autore, è molto frequente nel corso di una blennorragia (1 su 4), può essere causata dalle injezioni, ma il più delle volte appare piuttosto come una fase regolare dello scolo uretrale; di sintomi chiarissimi, viene dall' Autore curata principalmente con 4 rimedii, cioè i narcotici, i rivulsivi, i balsamici, ed il ghiaccio introdotto per l'ano.

Nella cura della epididimite, che ricorre una volta sopra otto o dieci, vale più di tutto il riposo, un' applicazione di sanguisughe al cordone, e la posizione elevata dello scroto. Però ad onta di ogni cura molte

volte l'infiammazione, che era già diminuita, ritorna con altrettanta intensità di prima, e questo è un fatto considerevole, che ravvicina l'epididimite all'artrite blennorragica, e che ha la sua origine in una particolare disposizione dell'individuo, per cui il pratico ne avviserà il paziente. Le recidive possono alle volte tenere principalmente nell'epididimite *à bascule* ad uno stato saburrale delle vie gastriche, come lo rimarcò Rodet ed allora è a questo che bisogna rivolger l'attenzione. La cura colla puntura della vaginale « *non vale*, secondo l'Autore, che a *mostrare ai clienti od allievi che il curante è esperto nel diagnosticare un versamento della vaginale, ma non è di alcun sollievo al paziente, e non vi si dovrà ricorrere che eccezionalmente* alloraquando il versamento è abbondantissimo e dura da mesi » (1). Contro l'ingorgo dell'epididimo, che rimane come postumo all'epididimite e che può essere causa di difetti nelle funzioni del testicolo, bisogna insistere nella cura solvente, rubefacente, ecc.

Unico e vero specifico contro l'orchite è il ghiaccio; non vi ha altro mezzo più sicuro e pronto per guarire radicalmente l'infermo e farne cessare dopo qualche ora i vivi dolori. Lo si può tenere tre o più giorni in sito senza pericolo alcuno.

Imbarazzante qualche volta pel pratico è la coesistenza della blennorragia, della epididimite e della cistite. In tale caso vi è che una sola via da tenere, lasciar scomparire l'irritazione vescicale e dell'epididimo, il che si può ottenere coi soliti mezzi, ed allora attenuare lo scolo con rimedii abbastanza blandi per non ravvivare di nuovo le complicazioni, di cui è parola.

Le nevralgie e gli altri disordini nel generale dell'individuo, dovuti all'alterazione dell'apparecchio gastrico o respiratorio o a quello dell'innervazione e che l'Autore fa dipendere in gran parte dal modo di sentire speciale dell'individuo considerato tanto dal lato fisico che dal morale, bisogna curarli col sopprimere prima di tutto la causa prima, cioè un grado di infiammazione locale al testicolo od al cordone, che può esistere tuttora e dappoi coi tonici, cogli esercizii, colla cura morale ecc.

Il reumatismo blennorragico, più propriamente così chiamato che artrite blennorragica, come ha un'esistenza sintomatologica propria l'ha pure patologica, cioè deriva dalla blennorragia, ma in individui già predisposti a questo solo genere di complicazione senza esserlo per nulla

(1) Con tutto il rispetto dovuto all'Illustre sifilografo di Lione, noi possiamo accertare di aver veduto adoperare frequentemente questo mezzo di cura dal prof. Scarenzio, e di averlo molte volte adoperato noi stessi principalmente nei casi molto dolorosi ed acuti, e di aver avuto sempre immediato sollievo, anche se il versamento era pochissimo, perchè basta l'uscita di qualche goccia sola di esso liquido per togliere lo strozzamento dei vasi afferenti del testicolo, come abbiamo cercato di dimostrare pubblicando alcune storie di questo metodo di cura, nel « Giornale delle malattie veneree e della pelle, » 1866.

al reumatismo ordinario; solo nota l'Autore, che questa disposizione è rara e non viene messa in giuoco che della blennorragia, e può avere serie conseguenze in rapporto alla motilità delle articolazioni prese. Nella cura quindi raccomandansi al principio le emissioni sanguigne locali, indi i vescicatori volanti, la immobilizzazione dell'articolazione, le unzioni solventi, o le frizioni fatte col nitrato d'argento solido.

Nella cura generale vanno, secondo Diday, esclusi i mezzi, che si usano nel reumatismo comune ad eccezione del tartaro stibiato, il quale è un prezioso soccorso per far assorbire i versamenti articolari. Intanto bisogna trascurare lo scolo e non curarlo che passata questa complicazione.

La balano-postite blennorragica non è ammessa dall'Autore. Vi hanno due generi distinti di questa malattia: uno da causa accidentale, per abuso di coito, di masturbazione, o per uso con donna leucorroica o mestruante, o per poca pulizia della parte, ed in questo caso un poco di proprietà, le lozioni con nitrato d'argento, e stuelli di filaticcio bastano alla guarigione. L'altro genere è più grave e durevole ed allora è sintomatico di altra affezione locale o generale. Fra le prime le lesioni veneree principalmente a superficie saliente, fra le seconde l'eritema sifilitico del glande e del prepuzio, l'erpete recidivante, e l'eritema erpetico nei soggetti affetti principalmente da eczema dello scroto od all'ano. La cura di questo genere si basa, o sulla distinzione delle affezioni locali veneree, o curando l'erpetismo generale colle acque solforose, e localmente applicando gli astringenti ed i detersivi.

Blennorragia nella donna. — Dietro considerazioni sull' eziologia e la relazione delle varie parti degli organi genitali femminili, che possono essere presi da blennorragia, l'Autore conclude che: 1.° L'uretrite nella donna è sempre una vera blennorragia da contagio. 2.° Esiste una vulvite, come una balano-postite, che è di contagiosità ancora dubbia. 3.° La metrite pure può essere, anzi molto facilmente non è altro che una semplice infiammazione concomitante la affezione blennorragica. La cura di queste affezioni è la solita, bagni e cura emolliente nel primo periodo, ed astringenti nel secondo.

Blennorragie extra-genitali. — La sola ammessa indubbiamente dall'Autore è la congiuntivale; la quale, descritta in tutta la sua grave acutezza, esige per prima cosa il tocco esteso col canello di nitrato d' argento e nei casi meno gravi le injezioni di nitrato d' argento fatte a dovere e il più sovente che è possibile di giorno e di notte.

L'erpete recidivante delle parti genitali non è una semplice dermatosi, ma una dermatosi sopravvenuta in seguito ad una malattia venerea in un individuo con diatesi erpetica. E a notarsi però che avviene in quegli individui, che hanno abbreviata troppo presto la durata dell' ulceroide, cui erano in preda, e questo risulta non solo dall'osservazione, ma da prove e contro-prove.

La cura esige un trattamento preventivo, uno palliativo, uno speci-

fico ed uno morale. La cura preventiva consiste nel dare un' indirizzo a quella della blennorragia e dell'ulcero in modo che contribuisca meno al suo sviluppo. La cura palliativa è l' insieme dei mezzi per diminuirne la durata ed impedirne il ritorno, cioè evitare le cause occasionali che lo producono, abbreviarne il decorso, ed infine rendere gli integumenti meno accessibili alla irritazione. A ciò adopransi lozioni di soluzione di nitrato d'argento, o pomate con questo sale, indi fra un' attacco e l'altro bagni con glicerina e tannino, e qualche purgativo. Ad onta però di tutti gli astringenti ed i mezzi preventivi la insistenza al ritorno di questo incomodo è grandissima, talvolta per anni, per cui la cura morale di assicurazione sulla nessuna gravità di esso giova moltissimo.

La cura specifica, che bisogna intanto intraprendere, è diretta contro la diatesi erpetica, a ciò valgono le acque minerali solforose.

Capitolo 2.° — *Ulceroide*

Dualista come è l' Illustre sifilografo di Lione sfiora le questioni tra questa scuola e quella degli unicisti, ripetendo i soliti argomenti, e fors'anco con parole troppo severe; per lui quindi nessuna analogia tra l'ulcero non sifilitico, che egli chiamò ulceroide e l' ulcero infettante, senza fondamento alcuno gli argomenti degli unicisti, i fatti da questi adotti dimostrati erronei dal Rollet coll' ulcero unito, e da lui stesso colla diversità del periodo di incubazione tra l'ulcero semplice e l'infetfettante; per cui il primo e un fatto locale, sempre ed essenzialmente locale.

L'ulceroide di diagnosi facilissima pei caratteri spiccati che assume verso il quinto giorno di sua esistenza, può essere prima confuso con una semplice erosione, ma il dolore che accompagnò questa al suo compiersi, la sua durata, e la sua ubicazione ne faranno presto giustizia. Così pure può essere confuso coll'erpete allo stato ulceroso, ma anche quì la forma prima, l'essere recidivante, i caratteri dei bordi infiammati, ecc., faranno sicura la diagnosi.

Anche quando è nascosto, sonvi caratteri e mezzi tali da scoprirlo ed esaminarlo facilmente. Alcune volte però il giudizio deve restar per poco sospeso, quando cioè venne previamente cauterizzato o coperto con topici, o che le croste ne mascherano l'aspetto.

Nella cura dell'ulcero semplice bisogna aver di mira due punti principali: che l'ammalato soffra il meno possibile, e che la malattia possa essere il meno possibile trasmessa ad altri.

L'Autore non ricorre alla cauterizzazione, se non quando è sicuro che non si tratti di individuo soggetto alla diatesi erpetica, o che altre volte fu preso da fagedenismo, o se l'ulcero è sul frenulo, o se si tratti di una prostituta. Tralascia invece di cauterizzare quando la piaga è già troppo estesa, quando ve ne sono parecchie non cauterizzabili e poste in posizione da poter reinoculare la già cauterizzata, quando un ulceroide già antica occupa la parete dell'uretra o nella parte alta della

vagina pel rischio di perforare le pareti, quando vi è già incipiente un bubbone, quando la diagnosi è ancora dubbia.

Dovendo ricorrere alla cauterizzazione, merita su tutti gli altri mezzi la preferenza la pasta di Canquoin alla quale verrà data la forma di piastra, o di cono, o quella qualunque che meglio si adatterà alla superficie da cauterizzare. In generale quando vi sono parecchi ulceri o non cauterizzarne alcuno o tutti in una volta, per schivare la facile reinfezione delle superfici già modificate dal caustico.

Nei casi, in cui non convenga distruggere l'ulcero, l'Autore adopera la cura da lui detta ritardante (morateur) applicando sulla piaga uno stuello di filaticcio imbevuto di una soluzione di nitrato d'argento (80 centigrammi su 20 grammi): con questa cura l'ulcero in 20 a 25 giorni è passato allo stadio di piaga semplice e di buonissimo aspetto.

Queste cure poi vengono studiate più minutamente, secondo le modificazioni che subisce l'ulcero per lo scolo, o per lo stato dell'organismo, così riguardo alle prime considera l'ulcero della cute esterna, della piaga balano-prepuziale, e dell'orlo prepuziale, della porzione sotto-prepuziale con fimosi, in cui egli non ricorre mai al taglio, riescendo sempre a guarire colle injezioni.

Nell'ulcero semplice del frenulo ne descrive la fisionomia caratteristica dovuta all'invasione del processo ulceroso anche alle fibre profonde, che compongono il frenulo stesso, ne descrive i sintomi speciali, fra cui quello di invaderlo tutto ed indi di fermarsi da sè. Anche la cura di questo ulcero deve essere speciale. Bisogna fuggire tutte le occasioni di distensione, quali le erezioni. Immobilizzare se è possibile il prepuzio con una specie di capuccio perforato di caoutchouc, e applicarne la medicazione con filaticcio imbevuto di soluzione o intriso di pomata di nitrato d'argento in modo da mantenervelo solidamente aderente senza esercitare alcuna costrizione. Tagliare completamente il frenulo, quando si vede che il processo di distruzione si avanza a poco a poco, ciò che l'Autore fa adoperando una forbice forte colle punte ammezzate, di cui una fa passare nel foro prodotto dall'ulcero, e l'altra fa riscaldare fortemente alla fiamma di una candela e che avvicina e stringe sull'altra. Così divide d'un sol colpo il restante del filetto senza spargere una goccia di sangue.

Nell'ulcero dell'ano nota la tendenza a moltiplicarsi, perciò egli lo medica con filaccie di nitrato d'argento, attendendo con purgativi e clisteri che la defecazione si faccia senza sforzo. Nota pure che ad onta della ostinazione di queste ulceri, pure finiscono per guarire, perchè lo sfintere al passaggio delle materie si contrae, impedendo così il prodursi delle ulceri al di là di un certo limite in profondità. Che se alle volte viene pure diviso lo sfintere, allora vi applica la pasta del Canquoin, e questo è il solo mezzo per ottenere una guarigione abbastanza pronta.

Passa indi in rivista l'ulcero dell'uretra, il cefalico, e quello delle donne, per venire a parlare delle modificazioni dell'ulceroide dovute allo stato

dell'organismo, cioè del fagedenismo. Esso si divide in due specie, fagedenismo propriamente detto e gangrena, e dipende sempre da cause inerenti all'individuo, che l'Autore divide in asteniche e steniche, le prime producenti più facilmente il fagedenismo, le seconde la gangrena.

La forma gangrenosa si riscontra spessissimo al dorso della verga, e se è ancora nei suoi primi sintomi va curata cogli emollienti e più tardi colle scarificazioni. Nei casi in cui la forma gangrenosa comincia all' interno del prepuzio per un ulcero ivi esistente e che la pelle tende a forarsi, l'Autore anche senza ricorrere al taglio riescì sempre a schivare la perforazione del prepuzio e lo arresto del processo di mortificazione colle injezioni di nitrato d'argento.

La forma fagedenica propriamente detta può essere accompagnata da sintomi acuti generali, e passare dopo allo stato di cronicità od anche arrestarsi da sè fuori dell' influenza della cura, per la quale furono e sono tuttavia proposti e decantati sempre nuovi rimedii. L' Autore, lasciando a ciascuno di apprezzare l' applicazione di ciascuno d' essi secondo i varii casi, espone la sua condotta ordinaria, che consiste nell'adoperare la soluzione di nitrato d' argento applicata con filaccie, o quella di tartrato di ferro, di polvere di canfora, della crema di latte fresco, ecc.

Contro il fagedenismo cronico non vi sono che due rimedii: l' oppio che può essere portato fino a 8 e 9 decigrammi nelle 24 ore, ed il cauterio attuale usato, come dice il Diday, con una certa feracità indispensabile, vale a dire senza risparmio di punto alcuno dei tessuti ammalati a rischio di una recidiva spaventevole. Il fagedenismo serpigginoso obbedisce presto al nitrato d'argento in soluzione, al laudano ed all'acetato di piombo.

Il *bubbone* è simpatico od ulceroso, secondo che avviene per semplice simpatia di tessuti, o per trasmissione dall'ulcero alla glandola per mezzo dei linfatici di elementi figurati di pus contagioso, cioè che non sia ancora nel lavorio di riparazione. Da questo modo di spiegare l' origine del bubbone si capisce il perchè non tutte le ulceri lo producono, perchè è più soventi consecutivo a quelle ulceri che sanguinano facilmente, e perchè nella donna è meno frequente.

Il bubbone ulceroso è fatalmente progressivo e quindi suppura prestissimo, producendo due sorta di marcia, una flemmonosa dipendente dal tessuto periglandolare, e l' altro ulceroso dall' interno della glandola. Una volta aperto, i sintomi non cedono, ma la ulcerazione continua progredendo pel tessuto connettivo sotto-cutaneo od intra-glandolare, l'apertura diventa una vera ulcera, si operano dei distacchi, che ponno diventare l'origine degli ulceri fagedenici cronici.

Il bubbone ulceroso *d'emblée*, dimostrato da un'osservazione di Baume di Mollière, di Profeta e dell'Autore stesso, è reale ma molto raro, è un' eccezione alla regola, cioè, che il pus penetri *in natura* fino alle glandole senza avere ulcerati i tegumenti. Più comune invece è il bubbone

d'emblée comune, in cui alla glandola non vi sono arrivati che elementi di pus capaci di provocare un' infiammazione a prodotto non contagioso. Dunque tre varietà di bubboni: il simpatico che non suppura, l' ulceroso che suppura sempre e dà sempre un prodotto contagioso, il bubbone d'emblée comune che può suppurare ma dà sempre pus semplice.

La terapia si poggia quindi sulla diversità di queste tre specie. Riserva sulla cura e nel pronostico sul principio, essendone comuni i sintomi. Risolutivi e rivulsivi cutanei colla tintura di jodio o strisciandovi colla pietra infernale, od applicandovi un vescicante, ed in generale nessun sanguisugio. Se dopo cinque o sei giorni l' infiammazione ad onta di questi mezzi progredisce, indicando che vi ha un processo ulceroso, bisogna fare alzare il paziente e non fare che la cura palliativa del dolore coi sedativi. Una volta sicuri della presenza del pus e della posizione del focolajo bisogna aprire. Una volta aperto, l'Autore disapprova la cauterizzazione fatta del focolajo sia colla pasta del Conquin, che con quella di Vienna; egli invece preferisce curarlo colle injezioni al 30° di nitrato d'argento fatte tre volte al giorno, medicando dappoi con filo, cotone e bendaggio in modo da impedire le confricazioni durante il camminare. Anche nei seni sotto-cutanei, che ponno essere molteplici e tortuosi, giovano le injezioni fatte in modo da far arrivare il liquido a contatto di ogni parte di superficie ammalata, e si raggiunge la guarigione in un mese. Se però i seni sono lunghi e fistolosi e persistono, allora alcune volte bisogna ricorrere all'escisione ed alle contro-aperture, ed altre volte alla cauterizzazione, che l'Autore fa con un ferro da calza infuocato, o colla pasta del Canquoin posta sopra un bastoncino, che tiene in sito un' ora. Con questo metodo ottenne migliori risultati, che colle injezioni caustiche. In generale, se si può, è meglio schivare le escisioni.

Il bubbone non ulceroso va trattato come un' adenite semplice.

Nel bubbone strumoso agli emollienti bisognerà far succedere l'applicazione del ghiaccio continuato 24 ore, poi doccie fredde e compressione continuata almeno otto giorni. L'Autore non ha fede nelle frizioni, nè negli empiastri, adopera invece all'occorrenza le punture cauterizzanti fatte con un ferro da calza riscaldato alla fiamma di una candela.

Nei casi, in cui la glandola strumosa va distrutta od esportata, l'Autore adopera un cucchiajo di sua invenzione, a bordi taglienti, che insinua tra la pelle e la glandola da levarsi, fermando l'emorragia consecutiva con uno stuello di filaticcio intriso di percloruro di ferro, e ripete l'operazione nei giorni successivi se si presentano altre masse.

Discorre in seguito l'Autore della leucite, del fimosi e del parafimosi, ed in quest'ultima alterazione fa presente di domandare sempre al paziente, se nello stato normale il suo glande è scoperto o coperto, per non confondere un rigonfiamento accidentale da un vero parafimosi.

Del resto anche nello strozzamento prolungato non vede i pericoli di gangrena, che si vogliono ammettere, ma tutt' al più erosioni profonde, ma affatto lineari. Nell'operazione della riduzione egli fa molto tesoro

nel cercare di comprimere col pollice un punto della circonferenza del glande, il quale se si arriva ad impegnarlo sotto il contorno del cerchio prepuziale dà subito vinta la partita.

Si serve pure del consiglio di Bardinet di ingrandire con un corpo straniero il cerchio costrittore. A questo scopo, preso solidamente colle quattro dita flesse della mano destra un porta penne a punta ottuso, di legno o di osso, ma in modo che il pollice resti libero, lascia debordare l'istrumento di 3 o 4 centimetri dal lato dell'indicatore. Forma così una specie di rombo, poichè le dita della mano destra essendo flesse, non è che il bordo radiale del suo indicatore flesso che fornisce un punto d'appoggio alle due prime dita della mano sinistra, formando un angolo. Allora abbraccia la verga fra queste dita, e prima d'ogni cosa impegna il porta penne e più profondamente che può fra il glande ed il cerchio prepuziale.

In questo modo si hanno tre forze da disporre: 1.° L'attuazione in avanti del colletto strangolatore. 2.° Il sollevamento di uno dei punti di contorno del colletto. 3.° La pressione metodica dei due pollici sul glande; movimenti che si possono effettuare tutti insieme, per cui vi ha gran facilità di riduzione.

L'Autore riescì sempre a ridurre lo strozzamento senza ricorrere allo sbrigliamento che offre meno vantaggi, e maggiori pericoli che il primo.

Capitolo 3.° — *Sifilide.*

L'Autore divide la sifilide in *ovulare* quando è trasmessa per mezzo dell'ovolo tanto dal padre, che dalla madre, in *sanguigna* quando viene trasmessa dal feto alla madre o viceversa per mezzo delle comunicazioni sanguigne, ed in *linfatica* quando viene assorbita dai vasi linfatici, sia per contatto, per frizione per inoculazione ecc. Quest'ultima è la forma della sifilide acquisita, mentre le altre due si riferiscono alla ereditaria o congenita.

L'ulcero è il primo effetto dell'introduzione del virus e compare 15, 21 od anche fino a 54 giorni dopo, costituendo così la *prima incubazione.* L'Autore riferisce chiaramente e succintamente i caratteri di questa prima lesione, di cui il più importante è l'induramento della base, e la consecutiva adenopatia indurata, indolente, non suppurante, che in casi eccezionali, e che è distinta molto bene dal bubbone dell'ulcero semplice, e che una volta su cinque è accompagnata da ingorgo dei linfatici, che vanno dall'ulcero alla glandola; che dura molto a lungo, e può subire alterazioni diverse secondo le complicazioni che vengono ad aggiungersi all'ulcero, così può diventare ulceroide nell'ulcero misto, ascesso freddo, se il soggetto è scrofoloso, e che può finalmente trasformarsi *in situ* in placca mucosa, lesione contagiosa anch'essa quanto l'ulcero.

La seconda incubazione è quel tempo che passa tra la apparizione dell'ulcero e quella degli accidenti secondarii, i quali dopo alcuni pro-

dromi susseguono dopo sei settimane circa sotto l'aspetto di sifilidi cutanee, di eruzioni crostose del cuojo capelluto, e di placche mucose, costituendo la prima fase di comparsa di questi fenomoni. Nel descrivere le lesioni ulteriori nota l'Autore, come tutte le manifestazioni possono variare nel numero nella durata, nell'ordine di apparizione; egli però espone d'apprima l'ordine, secondo il quale le lesioni si succedono ordinariamente, alloraquando il male va gradatamente aumentando, e quindi parla dell'onissi, dell' irite colle sue complicazioni, dell'albuginite o sarcocele sifilitico, che distingue dalla gomma del testicolo, lesione più tarda. Passa quindi alle lesioni del sistema muscolare; del sistema osseo che può essere attaccato nel suo inviluppo fibro-vascolare, o nella sua compage (periostiti, sinoviti, periostosi e dall' altra parte osteiti, carie, necrosi, esostosi); del sistema nervoso dividendole in quelle degli organi centrali e del sistema nervoso periferico; delle gomme e lesioni viscerali; degli stringimenti (del retto, della trachea, ecc.); e del sistema dei tegumenti che divide in lesioni della pelle ed in lesioni delle mucose. Le prime comprendono le lesioni: 1.° Eritematose suddivise in benigne (roseola), e gravi (macchie). 2.° Squamose, specie benigna, sifilide testicolare), specie grave (psoriasi). 3.° Vescicolo-pustolosa che comprende due branche; *a*) vescicolare specie benigna (varicella), specie grave (rupia); *b*) pustolare, specie benigna (acne), specie grave (ectima). 4.° Tubercolare, benigna (tubercoli non suppuranti), grave (suppuranti).

Le lesioni delle mucose non sono che la ripetizione delle stesse forme di quelle della cute, e che presentano caratteri differenti appunto pel diverso tessuto su cui compajono.

Cura della sifilide. — Tardi è vero, ma ora, dice l'Autore, è ammesso che la sifilide nel decorso si assomiglia alla polmonite. Dagli studj da lui fatti dal 1855 al 1865 e dal 1871 al 1874, sopra 95 ammalati ebbe la proporzione di 59 casi leggieri su 34 forti, che suddivide: 1.° in casi di *sifilide abbozzata* N. 7, che non si manifestarono che una sola volta, caratterizzata dal non avere che la forma eritematoso, e dal guarire spontaneamente; 2.° *sifilide leggiera* (53 casi) in lesioni visibili solo ai tegumenti, della durata media di 10 mesi e mezzo, con guarigione in questo lasso di tempo affatto spontanea, senza rimedio alcuno; 3.° *sifilide forte* (29 casi). I caratteri essenziali di questa categoria sono, che le lesioni non intaccano che un solo sistema organico, i tegumenti, durano 20 mesi circa, e che per guarirle vi abbisogna oltre le cure locali anche gli specifici; 4.° *sifilide galoppante*, i di cui caratteri essenziali sono: la brevità dell' incubazione, le apparizioni di certe specie di lesioni in regioni ed a periodi non ordinarii, la coesistenza di accidenti secondarii e terziarii, ed infine l'impotenza relativa anche a forti dosi degli specifici; 5.° *sifilide terziaria*, che l'Autore chiama più volentieri *diatesata* o *divenuta diatesica*, in cui non vi sono più i caratteri di virulenza, ed invece ha quelli delle diatesi in genere, e le di cui lesioni non si trasmettono ereditariamente in natura, e sono (gomme, esostasi, carie, al-

terazioni viscerali, paralisi), affatto differenti dalle sifilitiche, che se non vi fossero gli antecedenti si potrebbe farne due malattie distinte, più che due periodi della stessa malattia.

L'Autore studia le differenti fasi della malattia nella sua curabilità e nelle questioni, che a ciascuna fase si presentano.

1.° *Sifilide prima dell'ulcero.* — Se vi ha modo a credere all' infezione recente per segni esistenti alle parti anche prima dell' ulcero e prima che sia venuta l'infezione generale, ciò che del resto sarà cosa rarissima, la cauterizzazione non sarà inutile, mentre l'amministrazione preventiva del mercurio forse non preverrà l'infezione; però su questo punto l'Autore non può ancora dare una risposta definitiva.

2.° *L'ulcero esiste.* — Essendo l'ulcero già una manifestazione della sifilide generale, non lo si deve cauterizzare che allorchè si tratti di una donna pubblica, la quale ad onta del divieto potrebbe esporsi a trasmetterlo ad altri. Lo cauterizzerebbe però anche nell'uomo, quando presentasse caratteri di dubbio sulla sua natura, adoperando gli stessi rimedii che se si trattasse di ulcera semplice; così se fosse, ciò che accade di rado, complicato da fagedenismo adopererebbe gli stessi rimedii già detti per questa complicazione, quando esistesse alla lingua, alle labbra, alle mammelle: lo toccherebbe colla pietra infernale. Contro l' induramento bisogna contare, come adjuvanti la cura generale sui cataplasmi, le pommate, il cerotto del Vigo, la compressione, ecc., ma la sola cura mercuriale ha potere curativo.

Qui l'Autore studia alquanto l'azione di questo medicamento principalmente sulla sua proprietà preventiva, e dalle sue statistiche sopra 74 ammalati, dei quali 49 non avevano preso mercurio durante l'ulcero, e 25 ne avevano preso, risulta che mercurializzati o no davanti alla malattia consecutiva sono eguali. Però nella quistione tra mercurialisti e no, egli lo amministra in quei casi, in cui si può dall'induramento presagire una grave infezione, e come cura locale, ed anche per non far vedere all'ammalato, che non gli si fa niente. La forma cui ricorre in questi casi sono le pillole di protojoduro, date per un mese a sei settimane. Nei casi ordinarii però ama meglio ricorrere al joduro di potassio ed al citrato di ferro uniti e sciolti nell'acqua, giacchè è provato dalle ricerche del dott. Grossi, che durante l'ulcero la proporzione dei globuli sanguigni diminuisce di un quarto circa, e che il joduro di potassio ristabilisce la loro cifra in 15 o 20 giorni. Assieme a questa medicazione adopera la cura tonica, assicurando nello stesso tempo il morale dell'ammalato.

3.° *Vi hanno accidenti successivi*: avvertire l'ammalato sulla loro contagiosità e cura locale colla soluzione di nitrato d'argento.

4.° *Ha luogo la prima comparsa dei fenomeni generali.* — Qui vi hanno 4 indicazioni: combattere lo stato loro anemico, conoscere e giudicare della intensità della malattia, opporre alle differenti lesioni la

cura opportuna, e curare l'infezione in modo di neutralizzarne il principio ed impedirne le recidive. Alla prima indicazione corrispondono i tonici, il cloruro, le acque ferruginose, cui si aggiunge il joduro di potassio.

Per la seconda indicazione bisogna contare sul modo di sentire l'influenza della malattia propria all'ammalato, e darne pronostico piuttosto grave, se l'induramento fu forte e persistente, se l'incubazione fu al di sotto dei 40 giorni, se vi è debilitazione profonda, se l'eruzione non fu di sola roseola ma più grave, se le varie sifilidi cutanee si mescolano nello stesso tempo, e se la costituzione ed il modo di vivere dell'ammalato è poco igienica o debilitante.

Alla terza indicazione ricorrere al mercurio, ai tonici, ai bagni solforosi.

Per rispondere all'enunciato della quarta indicazione l'Autore studia l'azione preventiva del mercurio, ricorrendo alle statistiche ed in ispecial modo appoggiandosi su quella che Jullien provocò non solo in Francia, ma in quasi tutta Europa, dalla quale risulterebbe, che gli accidenti terziarii ebbero minor gravità negli individui non mercurializzati, maggior gravità nei mercurializzati *ab initio*, ed ancor maggiore gravità in quelli mercurializzati durante i fenomeni secondarii.

5.° *Hanno luogo i fenomeni secondarii ulteriori.* — Qui il pratico deve dalla gravità dì esse lesioni, e dal modo di loro apparire vedere se tendono al *terziarismo* ed in questo caso intervenire attivamente e coi specifici e migliorando le condizioni generali. Migliore formola per la cura mercuriale sono lo pillole del Ricord date prima due al giorno per per passar dopo ad una dose più elevata, e ritornare dopo qualche settimane alla primitiva. Non ricominciare la loro amministrazione se non vi è segno, che i sintomi persistano troppo o progrediscano. Contro certe forme speciali (placche mucose, onissi secca, vegetazioni epiteliali della lingua), meglio adoperare il bicloruro di mercurio sotto forma di pillole di Dupuitren, o di liquore del Van-Swieten, o di sciroppo di Cuisinier. Non ha fede l'Autore nei bagni mercuriali. Fa menzione pure delle fumigazioni, delle unzioni e delle injezioni ipodermiche, delle quali parla solamente di quelle col sublimato, conchiudendo che ad onta delle obbiezioni che gli si possano fare, il metodo di Lewin costituisce una risorsa estremamente preziosa, cui si ricorre in casi disperati con riescita, che è affatto inoffensivo, e che al contrario degli altri processi di introduzione del mercurio, questo è rinomato per agire alla maniera dei ricostituenti.

Come coadiuvante e complemento havvi la cura non specifica, che comprende una buona alimentazione e le cure igieniche. Nella cura locale, che l'Autore dice sempre utile e qualche volta necessaria, passa in rivista le singole manifestazioni, che a seconda delle regioni, in cui si manifestano, possono esigere trattamento con agenti diversi.

6.° *La sifilide è divenuta terziaria.* — Questa fase val meglio pre-

venirla che guarirla. Anche quando si abbiano i segni precursori si dovrà aumentare l'energia e la durata della cura mercuriale? No affatto: si deve anzi contare sulle forze dell' ammalato. Si rammenti il curante che prima di essere specialista era medico, si attacchi quindi ai rimedii ricostitutivi ed all'igiene. Se lo stato terziario è già palese si adoperi il joduro, che è un vero specifico in questo senso, che oltre essere buon palliativo, in molti casi raggiunge la guarigione, sempre quando è dato in casi più appropriati. L'Autore amministra l' iodio in quattro principali modi.

1.° *Per estinzione* nei casi di sifilide terziaria di media intensità, recente e non ancora trattata coll' iodio. Comincia con un grammo al giorno, e se si ha poco effetto dopo una settimana raddoppia la dose ed anche la triplica. Dopo due mesi ne interrompe l' amministrazione per una settimana e se crede di non aver ancora raggiunta la guarigione ritorna alla dose di prima.

2.° *Cura progressiva*, nei casi più gravi fa bere mattina e sera un bicchier d'acqua con un cucchiajo della soluzione seguente:

Acqua distillata	500 grammi
Joduro di potassio	18 »

Ogni cinque giorni aumenta ciascuna dose di un cucchiajo fino ad arrivare a 5 cucchiaj la mattina e la sera continuando così per un mese. Qualche volta arrivò fino a darne 10 o 12 grammi al giorno. Poche sifilidi terziarie vi resistono.

3.° *Cura permanente*, cioè nei casi resistenti mantenere per un tempo indeterminato, secondo la facilità delle recidive, l'organismo sotto l'influenza dal joduro, e ciò dopo la cura a grandi dose, guardando non tanto di prevenire nnove manifestazioni, quanto di prenderle a curare al primo loro apparire, e perciò fare attenzione a tutti i cambiamenti fisici e morali anche leggierissimi dell'individuo.

4.° *Cura probatoria*, cioè da farsi dietro l' aspetto delle lesioni ad onta che il paziente accerti non aver mai avuti sintomi sifilitici, e in casi simili, dove vi sia incertezza di diagnostico.

Nei casi di insuccesso della cura jodica dipendente da uno stato particolare del soggetto bisogna rivolgersi alle regole igieniche, e ad altre composizioni, quali le tisane del Pollini, il liquore del Donovan, le pillele di Dehaut, i bagni a vapore, le ti sane di Feltz di Vigarous, ecc. Ricorda l'Autore che questi insuccessi possono dipendere: 1.° da un fondo di linfatismo; 2.° dall'anemia; 3.° dalla pletora; 4.° dall'astenia nervosa, ove suggerisce le debite cure. Termina dando alcune norme sulla terapeutica speciale a ciascuna lesione terziaria.

Sifilide ereditaria. — In questo capitolo l' Autore descrive brevemente la sintomatologia e le cause di quest'affezione, sulla parte curativa distingue una cura preventiva ed una cura del male già palese. Nella cura preventiva accenna come possono essere il padre o la madre

infetti, e dice che su questi il mercurio dato a tempo può prevenire una infezione della prole, prendendo il medicamento non ad oltranza, ma assumendolo poco tempo prima della fecondazione, se si tratta del padre o nelle prime settimane della concezione, se si tratta della madre, riprendendolo in questo caso ad ogni nuova gravidanza fino a che questa potè partorire consecutivamente due bambini sani.

Quanto alla cura della malattia già in corso, i metodi migliori sono i bagni col sublimato, e le regole igieniche risguardanti il neonato e la nutrice.

Vegetazioni. — Contro queste neoformazioni oramai riconosciute non sifilitiche vale solo la distruzione loro o col filo di seta, se sono peduncolate, o cauterizzandone la base coll'acido acetico o nitrico, e nei casi in cui sono molto racemose e grosse il bistorì; e per distruggere poi lo strato epigenico impiantato con base larga sui tegumenti, la pasta del Canquoin. Quando vi è predisposizione alla riproduzione, l'Autore non trovò vantaggio nel bicarbonato di magnesia consigliato da Lambert e Hagueneau, ma invece in tre casi questa disposizione cedette dopo aver messo l'individuo in migliore condizione igienica.

Tratta in seguito l'Autore della coesistenza delle diverse malattie veneree, che tante volte possono mettere in pensiero il pratico, accennando pure in altro capitolo alla:

Profilassi individuale, che comprende le regole per quelli che possono infettare, e quelli che possono restare infetti. Nel primo caso, se si tratta di blennorragia, pulire replicatamente prima e dopo l'atto l'uretra, se si tratta di un ulcero cauterizzato profondamente e largamente colla pasta del Canquoin, se di manifestazioni generali ricorrere al medico, il quale toccherà col nitrato d'argento quelle lesioni che crederà più sospette. Nel secondo caso ungere le parti di un corpo grasso, usare l'inviluppo membranoso, finire l'atto più prontamente possibile, e dopo lavature abbondanti, vere immersioni del pene, ed iniezioni nell'uretra di vino o acqua ed aceto.

Completa il lavoro del dott. Diday un codice morale e sanitario intitolato i sifilitici in famiglia, nel quale in forma di dialogo tra un cliente ed un medico son trattate varie importanti quistioni. La prima è dell'attitudine al matrimonio, nel quale l'Autore conchiude, che se un individuo ha fenomeni secondari non può maritarsi qualora dopo 10 mesi questi siano affatto scomparsi, che dopo tre anni. La seconda è di un caso urgente di matrimonio, in cui un'uomo infetto deve imporsi dei sacrificii quasi impossibili, così non baci anche se cauterizzate le forme alla bocca od al collo, e cauterizzazione profonda di quelle ai genitali, ma però sempre col pericolo di contagiare la sposa. — La terza si svolge sull'argomento dei danni della concezione, da cui emerge che bisogna, appena manifestati i primi sintomi nella madre, curarla a propria insaputa e farle allattare il bambino, e se fosse troppo delicata a ciò lo faccia almeno per due mesi, dopo i quali però è difficile possa ammalarsi

e più tardo si potrà, se il figlio è tuttora sano, affidarlo ad una nutrice, ma mai cercare di ingannare una povera donna mercenaria fin dal principio. — La quarta tratta della quistione, in cui la nutrice è restata infetta e dopo di questa il suo marito pel fatto del bambino a lui confidato con tutta sicurezza. Questi se ne appellano ai tribunali, ma la famiglia, la madre almeno, ignara dello stato delle cose, vuol reagire ed incolpa a sua volta la nutrice come causa della malattia del neonato. In tale caso il medico chiesto deve consigliare al marito di confessare alla moglie, che prima del matrimonio era infetto, ma credette di essere guarito, ed indennizzare all'amichevole la nutrice di quanto le spetta.

La quinta quistione ha per titolo *la blennorragia fidanzata.* Uno deve assolutamente prender moglie fra tredici giorni ed ha una blennorragia in stadio di incominciata infiammazione. In tale caso bisogna fare n modo almeno che pel giorno delle nozze il marito possa adempiere alle funzioni conjugali e perciò trattare la malattia cogli emollienti i più attivi, ed i revellenti cutanei, e 48 ore prima delle nozze bevere mattina e sera un cucchiajo della mistura di Chopart, e fare cinque o sei injezioni astringenti al giorno, allora e per quella circostanza sola potrà usare impunemente. Dopo però, subito dopo dovrà trovare un pretesto, un'indisposizione, per poter astenersene fino a guarigione completa.

In altro articolo *Jeunesse et génésie* tratta l'autore di quei timori, che ai giovani inesperti inspirano condizioni pressochè fisiologiche o tali, quali la perdita del liquido prostatico, la mucosità dell'uretra, ecc.

La *perdita seminale* è altro argomento, dimostrando come se dipenda molte volte dallo stato generale o psichico, altre volte vi concorre una blennorragia cronica ed in questo caso invece della cauterizzazione solida l'autore preferisce un'injezione ripetuta nelle parti profonde dell'uretra con una soluzione di nitrato d'argento al cinquantesimo.

L'*impotenza* ossia impossibilità ad ottenere l'ejaculazione è l'ultimo capitolo trattato. In questo argomento l'autore passa in rivista tutte le cause fisiche e morali, che possono render nullo lo scopo del congiungimento dei sessi, ne designa il loro modo di essere e ne offre la loro cura, la quale il più spesso non si compone che di consigli, i quali dati a tempo e luogo possono ridonare la forza virile a chi credeva di averla perduta. Le prescrizioni mediche si limitano ai casi, in cui la causa sta nell'infrallimento della costituzione, nelle malattie discrasiche che generano a loro volta debolezza generale, e nel curare certe condizioni patologiche dipendenti da postumi di blennorragie, come infiammazioni croniche dell'uretra, dalla stessa blennorragia cronica, o dall'esistenza di stringimenti di questo canale.

Il libro del Diday *Terapeutica delle malattie veneree* è dunque un trattato, che non dovrebbe mancare a nessun specialista e che dovrebbe essere letto da ogni medico pratico, perchè oltre a toccare le varie quistioni sifilografiche, ha il gran merito di addentrarsi nei più minuti particolari della pratica e di far conoscere certe circostanze occorrenti,

che se a tutta prima possono sembrare quasi futili, pure moltissime volte sono della massima importanza al pronto esito di una cura.

Solamente per parte nostra lamentiamo come discorrendo delle injezioni sottocutanee nella cura della sifilide costituzionale abbia taciuto affatto di quelle fatte col calomelano, le quali è oramai ammesso da tutti coloro che le provarono, mentre danno brillantissimi risultati, sfuggono agli inconvenienti di quelle fatte col metodo di Lewin. E tanto più lamentiamo questa mancanza perchè avremo volontieri veduta nell'illustre sifilografo dl Lione quell'imparzialità sul metodo del prof. Scarenzio, che non mancò non che nella maggior parte degli italiani anche in molti specialisti francesi e germanici.

Nota per servire alla storia di una forma di reumatismo blennorragico; del dott. Fourestiè. (*Gaz. med. de Paris*, 1875).

L'Autore studiò principalmente il reumatismo blennorragico in corrispondenza le forme più o meno acute della blennorragia, e dai suoi studii risulta, che sopra 22 osservazioni, la blennorragia acuta o subacuta tredici volte fu accompagnata da artrite acuta, o da reumatismo poliarticolare acuto. Quattro volte da dolori reumatici semplici, o dal reumatismo poliarticolare senza febbre. Quattro volte la forma cronica della blennorragia fu accompagnata da reumatismo differente dal sopracitato, ed una sola volta sembrò coincidere col reumatismo poliarticolare acuto.

Le conclusioni pertanto dell'Autore sono:

1. Che la blennorragia acuta o sub-acuta si accompagna ora a reumatismo poliarticolare acuto o artrite acuta, o a reumatismo poliarticolare afebbrile, che scompare rapidamente.

2. Che le gonorree antiche si accompagnano il più delle volte a reumatismi durevoli a forma cronica.

Casi di reinfezione sifilitica con note; del dott. G. G. Gascoyen. (*Medico-chirurg. Transactions*, Vol. 58, 1875).

Scopo dell'Autore è di provare all'appoggio di 60 osservazioni raccolte in varii scritti, e di 11 altre proprie, che l'opinione di Ricord sulla impossibilità, almeno nei casi ordinarii, della reinfezione sifilitica fu oramai disdetta dall'osservazione scientifica e pratica. Esposti quindi dopo un po'di storia i casi, ne risulta da essi che l'intervallo fra un'infezione e l'altra può essere da 21 mesi fino a 9 anni e più, e che le infezioni posteriori non sono in alcun rapporto colla prima, che il periodo eruttivo è leggiero ed anche può mancare quando l' induramento è molto considerevole, per cui ciò starebbe in contraddizione col fatto, che l'induramento grave sta in relazione con una sifilide costituzionale intensa.

Nelle persone deboli o malate per altre malattie costituzionali può accadere che manchino gli accidenti secondarii. Ciò accadde all'Autore in un caso, mentre in un altro si ebbe un'infezione e due reinfezioni successive nello spazio di quattro anni e mezzo.

Dal suo lavoro trae le conclusioni seguenti:

1. La possibilità della reinfezione sifilitica indica che si deve ammettere, che la sifilide può essere curata totalmente, e che il mercurio sarebbe il medicamento più efficace.

2. L'induramento non è un fenomeno semplicemente locale; ma un sintoma costituzionale, che indica, come lo fanno gli altri accidenti secondarii, che tutta l'economia è in preda alla sifilide, di maniera che l'apparizione per la seconda volta di un ulcero indurato indica, che l'economia è stata completamente guarita dalla conseguenza del primo attacco.

3. Quando l'infezione ha luogo per l'intermediario di un ulcero primitivo nel suo periodo di suppurazione, non vi ha periodo di incubazione, ed il nuovo ulcero prodotto compare immediatamente dopo il contatto sospetto, con una pustola che si esulcera e si indura dal 5° all'8° giorno. Il periodo di incubazione non esiste, che quando l'infezione si fa coll'intermediario di una lesione secondaria, o di un ulcero indolente indurato non suppurante; ed in questo caso l'ulcero comunicato comincia, dopo un'incubazione di 3 a 6 settimane, con una papula dura, che si allarga lentamente si disquama alla sua superficie, e poi si esulcera.

4. Attualmente la propagazione della sifilide si fa sopratutto per l'intermediario di accidenti arrivati al secondo periodo, i quali per non essere dolorosi non inquietano l'ammalato, e ciò spiega la grande frequenza di un periodo di incubazione, e la rarità de' casi che cominciano con una pustola.

5. La reinfezione può coincidere con l'esistenza di accidenti detti terziarii. Questo indicherebbe, che l'avvelenamento, sifilitico ha cessato all'epoca dell'apparizione di questi, i quali non sono che testimonii di una infezione avvenuta e scomparsa, ed indizii di una nuova. Si potrebbe pertanto fare eccezione per quelli di questi accidenti, che si mostrano presto e cedono ad una cura specifica.

Dell'ulcero infettante alle labbra e in altri siti anormali; del dottor Francesco Mason. (*Revue des sciences med.* octobre, 1875).

Mason raccolse i casi citati negli ultimi venti anni dai giornali inglesi di ulcero infettante al labbro ed in siti diversi dalle pudende, ed inoltre di modi diversi di trasmissione della sifilide da accidenti secondarii. Dal lavoro dell'Autore Inglese risulta, che l'ulcero fu trovato undici volte al labbro inferiore, 4 nell'uomo e 7 nella donna; sei volte al labbro superiore, 2 nell'uomo e 4 nella donna; sulle mani sette volte e sempre nell'uomo; 1 volta al braccio di un uomo per mezzo della vaccinazione; due alle palpebre, una nell'uomo e l'altra nella donna; una alla guancia di una donna; uno sulla lingua di un uomo; due al palato, uno per sesso; uno al ventre di un uomo, ed uno alla coscia.

Quanto alla trasmissione della sifilide per mezzo di accidenti secondarii, riporta un esempio di contagio per mezzo di un sigaro, ed uno pel succhiamento esercitato su una piaga alle palpebre. Ricorda pure i casi di trasmissione pel cateterismo della tromba di Eustacchio, e dei lavoratori di vetro, citati dagli Autori francesi.

Sulle proprietà contagiose delle vegetazioni; del dott. W. Petters. (*Vierteljhars. für Dermat. und Syphilis,* Heft. 2, p. 255).

L'Autore fece dei tentativi di incubazione coll'epitelio e col sangue proveniente da vegetazioni, delle quali ne mette sott'occhio dodici casi senza che mai si abbia avuto contagio. Vero è che Kraux ebbe risultati contrarii, ma questo dipende, secondo Petters, dall'aver lasciato troppo tempo la materia inoculata in contatto colla mucosa vaginale di modo che si produsse una irritazione, ma però semplice, e d'altronde quelle inoculazioni vennero fatte su individui affetti da blennorragia od anche di sifilide, quindi per nulla attendibili, per cui è provato che le vegetazioni sono il risultato di una irritazione locale, e si possono avere senza pregresso coito.

Ulcero delle narici seguito da sifilide costituzionale; del dott. Edward Nettleship. (*Revue des sciences med.* Janvier 1876).

Una donna di 28 anni, incinta da otto mesi, presentava la narice sinistra assolutamente impermeabile, la mucosa ne era ulcerata a bordi molto salienti, e una plejale caratteristica esisteva al davanti dell'orecchio corrispondente e nella regione sottomascellare, che si sarebbe presentata dopo l'ulcerazione della mucosa nasale; adenite strumosa dalla parte opposta, ed ascesso lagrimale sinistro. Condilomi alla vulva senza però che ci fossero ulcerazioni ed adenite inguinale. Assenza di sintomi cutanei e di angina sifilitica ulcerosa. L'ulcerazione del naso fu quindi la vera porta di entrata della malattia.

Questa donna partoriva un figlio, che morì dopo 15 giorni coi segni certi di cachessia sifilitica.

Sotto una cura specifica l'ulcerazione al vaso guariva, ma allora irrompeva la roseola sifilitica.

Gli accidenti secondarii cedettero assai presto, e l'ammalata non conservò che una fistola lagrimale.

Ulceri infettanti; Resoconto della Società Medica di Londra. (*Revue des scienc. med.* Juill. 1875).

Il dott. Mason Francesco presentava un'ammalata di 19 anni, affetta da 5 settimane da un ulcero infettante alla parte superiore della coscia al livello del gran trocantere, seguito da fenomeni cutanei secondarii senza che si sia potuto rilevare altri ulceri in tutta quanta la restante superficie cutanea.

Victor De Meric crede tale ulcero derivante da fenomeni secondarii, di cui era affetta la donna.

Henry Smith a sua volta riferisce un caso di una donna, alla quale il marito in preda a sifilide terziaria avrebbe innestato un ulcero affatto simile a quello presentato da Mason, e che guarì colla cura mercuriale.

Davy crede alla possibilità di un' infezione per mezzo delle lingerie del letto contaminate dalla donna.

Le apparenze cliniche dell'ulcero sifilitico sul seno; del dott. TAYLOR. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, Dicemb. 1875).

Alla mammella l'ulcero infettante può presentarsi sotto tre forme:

1. Forma di ragade indurata.
2. Forma ectimatosa.
3. Forma di erosione superficiale.

La prima forma, del resto non comune, può essere confusa colla ragade comune, ma a differenziarla esiste la plejade ascellare, come vi è all'inguine per l'ulcero ai genitali.

La seconda può essere differenziata da una forma di ectima comune da ciò che non è accompagnata da infiammazione, e quindi è indolente, e lo stato ectimatoso ne è effimero.

La terza forma ha il suo riscontro colla stessa lesione, che svolgesi sul glande e può svilupparsi in ogni parte della mammella.

Intorno la febbre sifilitica ed il cambio materiale sifilitico; del dottor VAJDA. (*Giorn. Italiano delle malattie veneree e della pelle* Dicembre 1875).

Ne riportiamo il compendio del prof. Gamberini.

È certa l'esistenza di una febbre sifilitica, che non è però una costante conseguenza della sifilide. Nelle osservazioni fatte dall'Autore apparve 86 volte in 102 casi, ed è legata in via ordinaria all'apparire dell'affezione locale. È in diretto rapporto coll'intensità ed estensione dei sintomi, che appajono in un dato tempo ed in rapporto inverso al tempo, nel quale certi sintomi erompono.

Nelle sifilide maculose o papulari si ha per regola solamente una febbre eruttiva, espressa dal rapido aumento e dal meno sollecito abbassamento della temperatura.

L'abbassamento e l'accrescimento sono in certo modo indipendenti dall'aumento di temperatura. La defervescenza stessa della febbre più viva (40,1°-40,5°) è in ragione più rapida che nell'ileo-tifo, meno però che nelle febbri di assorbimento. Nelle sifilidi papulose ed ulcerose, nelle malattie degli occhi, dei muscoli e delle ossa, l'aumento e l'abbassamento della temperatura sono meno continui; nelle sifilidi pustolose specialmente la febbre è quasi continua. La febbre può essere intermittente e remittente.

Quanto al cambio materiale, si è constatato di rado un diretto rapporto fra i prodotti escreti nell'urina e la temperatura del corpo, e più rari anche riscontransi fra gli isolati materiali escrementizi, gli stessi rapporti. È necessario esaminare separatamente i materiali escreti.

Un'aumento del deposito urinario riscontransi nella sifilide cutanea recente e persistente, nella combinazione della medesima colla stomatite mercuriale. Bisogna tenere a calcolo gli alimenti, che influiscono sui depositi urinosi. L'escrezione degli acidi urinosi nella sifilide non aumenta, nè meno riscontrasi aumento nel normale rapporto fra acidi e materiali urinosi.

L'escrezione della creatina comportasi analogamente a quella dei materiali dell'urina.

Il rapporto fra l'ingresso e l'egresso dei materiali escrementizi azotati è per il peso del corpo pure proporzionato.

Nella normale permanente escrezione del cloruro di sodio ordinariamente non scorgesi una perdita nel peso del corpo.

La escrezione completa degli acidi fosforosi crebbe negli esantemi cutanei, nella stomatite mercuriale, e meno nelle sifilidi eruttive surricordate.

L'escrezione degli acidi fosforosi apparve scemata nell'albuminuria e nella gravidanza. Aumentarono i fosfati alcalini nelle sifilidi, scemarono nella sifilide ossea. Nell'eruzione di sifilidi cutanee, dopo tolte le sifilidi ossee, crebbe l'escrezione dei fosfati terrosi; scemò nelle sifilidi regressive, nella carie delle ossa, nella gravidanza.

È comune il riscontrare un diretto rapporto fra l'escrezione dei materiali urinosi e dell'acido fosforoso.

L'escrezione degli acidi solforosi aumentò specialmente in una sifilide papulosa, ed in vero proporzionatamente all'eruzione, in seconda linea nei mali ossei; sotto la cura delle frizioni crebbe l'escrezione dei medesimi, poscia scemò.

La stomatite mercuriale fu sempre seguita da aumentata escrezione d'azoto, e da dimagramento, e questo ordinariamente limitasi pel primo.

La cura delle frizioni abbassa l'aumentata escrezione dell'azoto, l'aumenta però quando succede la stomatite.

Il joduro di potassio internamente dato produce una diminuzione dei materiali urinosi; la sua azione non è però costante.

Osservazioni per servire allo studio della febbre sifilitica; del dottor V. Janovsky. (*Revue des scienc. med.* 1875, N. 10).

L'Autore riferisce 25 osservazioni di febbre sifilitica chiaramente manifestatasi.

Questa febbre è preceduta il più soventi da un giorno o due da cefalea e prostrazione generale, e principia con brivido di freddo alla sesta o settima settimana, a tipo quasi sempre continuo, e qualche volta remittente, mai intermittente; la temperatura oscilla il più soventi fra i 38° e 39°, quattro volte sorpassò il 40°, avendo toccato il maximum di 41°,2. Essa precede di qualche giorno la roseola, e cessa in generale dopo l'eruzione, e non sembra proporzionale alla generalizzazione dell'esantema. Quanto a frequenza ebbe l'Autore la proporzione di circa il 23 per 0[0.

Ricerche sulla febbre sifilitica; del dott. Victor Bremer. (Idem.).

Bremer divide la febbre sifilitica in due gruppi, febbre al momento dell'invasione dei primi sintomi secondarii, e febbre degli accidenti secondarii tardivi. Nel primo gruppo sopra 20 casi la constatò 19 volte, 12 in cui la temperatura si mantenne fra 38° e 39°, 5 fra 39° e 40°, ed in 1 caso solo ebbe i 40°; nel secondo gruppo sopra 25 casi ebbe

16 volte la febbre, 14 volte la temperatura restò fra 38° e 40°, e 2 volte solo sorpassò i 40°. Egli pure non vide mai la vera intermittenza a date ore, ma invece la constatò continua con qualche remissione al mattino, ed in qualche caso semplice, alla sera.

Dell' irite sifilitica; del dott. Drognat Landrè. (*Annales d' oculistique* 1875 e *Revue des scienc. med.* Oct. 1875).

L'Autore ebbe l'opportunità di osservare 72 occhi ammalati di irite; 60 di 43 uomini e 12 di 7 donne.

Un sintoma patognomonico, cui egli dà grandissima importanza nella diagnosi di irite sifilitica, è la injezione profonda episclerale. Fra i sintomi subbiettivi osservò che nella metà dei casi la compressione dell'occhio nella regione ciliare superiore o superiore-esterna suscitava un dolore molto intenso. In 31 casi si notò lagrimazione e in 32 la fotofobia.

Le complicazioni furono frequenti; dal lato della cornea si limitarono all'acqueo-capsulite, e dal lato delle membrane interne fuvvi più frequente la congestione retinica e retinite.

Secondo l'Autore, le lesioni profonde, quali la congestione della retina e la retinite, furono in evidente rapporto colle lesioni corneali e con quelle della membrana del Descemet, per cui conchiude che bisogna sempre esaminare il fondo dell'occhio, principalmente se si scorgono dei piccoli punti sulla membrana del Descemet.

L' irite sifilitica fu accertata sopra 74 per 0[0 degli ammalati e fu probabile su 20 per 0[0, e può, secondo l'Autore, essere l'unico sintomo della sifilide secondaria, che presenterebbe frequentemente delle manifestazioni reumatiche, per cui Drognat Landrè asserisce di ritenere che la maggior parte, se non tutti casi di irite reumatica descritte degli Autori, sono di natura sifilitica.

Sarcocele sifilitico; Lezione di Fournier. (*Revue de sciences med.* N. 9, 1875, pag. 202).

Nelle affezioni sifilitiche del testicolo Fournier distingue tre differenti stati patologici: epididimite secondaria, sarcocele sclerotizzato, sarcocele gommoso.

1. *L'epididimite secondaria* è una delle manifestazioni le più precoci della sifilide, l' Autore la vide 2 mesi e mezzo dopo l' ulcero. È quasi sempre indolente, e presentasi sotto forma di un piccolo tumore circoscritto alla testa dell'epididimo, della grossezza di un grosso pisello, o di una nocciuola.

2. *Sarcocele sclerotizzato.* — È il cosidetto testicolo sifilitico; si manifesta più tardo che la precedente manifestazione fra i fenomeni secondarii ed i terziarii. Ha sede sempre nei testicoli e può comprendere anche l'epididimo. Consiste in un' ispessimento iperplasico della tonaca esteriore e del sepimento interno dei testicoli, che poco a poco va sclerozzandosi a spese dei testicoli, che si atrofizzano. Indolente quasi affatto, lascia sentire delle nodosità dure sotto forma di placche, di nastri, di tumori globosi, che lo caratterizzano. Inoltre presenta idrocele mo-

derato, aumento di volume della glandola testicolare, ed integrità assoluta dello scroto. Ad un grado avanzato può produrre l'impotenza. Cede facilmente, come l'epididimite secondaria, ad una cura mercuriale, a meno che non siavi già l'atrofia dell'organo.

3. *Sarcocele gommoso.* — Poco conosciuto, consiste nella produzione di gomme nel tessuto fibroso del sarcocele sclerotizzato. Può essere circoscritto o diffuso. Il primo è più comune, il secondo più raro; nel primo trattasi di produzione di piccole ed anche numerose produzioni gommose in seno all'iperplasia del congiuntivo; nel secondo avvi un invasione della sostanza del testicolo fatta dalla materia gommosa, ma in modo non circoscritto.

Queste lesioni trascurate ponno rammollirsi e dar luogo ad ascessi, a fistole, o rompersi, e dal foro si vede allora fare ernia una specie di vegetazioni fungose, che sono gomme voluminose unite a lacerti di tubi seminiferi. Per cura l'Autore propone solamente il joduro di potassio.

Un caso di sarcocele sifilitico molto suppurante e vegetante con ulcerazione contemporanea del retto; del dott. Zeissl di Vienna. (*Vierteljahr. für Dermat. und. Syphilis* 1875, e *Gior. Ital. delle malattie veneree e della pelle.* Dicembre 1875).

In un caso riferentesi ad un sifilitico, che aveva avute già varie manifestazioni generali, si ammalò pure un testicolo, ed ebbe il sarcocele sifilitico, con suppurazione e vegetazione abbondante della ghiandola.

Per ciò e nel decorso di questa affezione l'infermo cominciò a lagnarsi di stipsi ostinata, contro la quale fecero buona prova l'irrigatore di Esmark ed i clisteri. Ma appena dopo le scariche alvine susseguirono numerosi coaguli sanguigni, ed indi vera emorragia, la quale però cedette coll'uso del percloruro di ferro dato internamente. Dall'ano però protrudeva una massa oscura, fetida, che venne esportata colle forbici, e che esaminata risultava di tessuto connettivo ed elastico.

Di lì a non molto tempo l'esplorazione del retto diede per risultato una gonfiezza pastosa alla sua parte destra, grossa quanto una noce, ripiena di marcia scomposta. Furono adoperate le irrigazioni, e per uso interno il joduro potassico e dietro a questa cura l'infermo passò a convalescenza.

L'Autore crede in questo caso ad una stenosi del retto per infiltrato di natura gommosa, come nel caso di Dittrich.

Contribuzione clinica ed illustrazioni sul fungo benigno del testicolo in rapporto alla sifilide generale; del dott. G. Di Lorenzo. (*Gior. Ital. delle malattie veneree e della pelle,* Agosto 1875).

Da tre osservazioni fatte dall'Autore egli si propone di studiare se il fungo benigno del testicolo sia sempre in dipendenza della sifilide, se esiste il sarcocele fungoso sifilitico, e quale specie di cura ne è la più proficua.

Osservazione 1.ª — Un uomo di 30 anni, affetto da sifilide generale e locale era da un anno ammalato con tumore al testicolo sinistro già

curato in molteplici maniere. Questo fungo del testicolo aveva già distrutto un terzo della ghiandola. L'Autore esperiva col continuare la cura mista, ma senza risultato alla località, mentre scomparivano le manifestazioni generali. Allora passò all'amputazione del fungo col ferro rovente e l'individuo guariva perfettamente.

Osservazione 2.ª — Un militare di anni 32, da anni soffriva di gomme, alopecia, sifilidi, adenopatie, ecc., e da un anno tumore al testicolo, che veniva diagnosticato per un fungo del testicolo, ed aveva invaso la metà dell'organo. Questo individuo si procacciava eccitazioni veneree senza scopo per non contagiare l'innamorata. Il prof. Di Lorenzo istituiva cure generali con miglioramento nella sifilide glandolare e guarigione della ossea e cutanea, mentre il male al testicolo peggiorava. Passava allora all'amputazione della parte ammalata con esito felice.

Osservazione 3.ª — Un' ufficiale di cavalleria di anni 40, ebbe già tutte le manifestazioni di sifilide e le cure più attive. Da sei mesi cominciarono le doglie al testicolo sinistro, che produssero un fungo di questa glandola. Sotto le cure mercuriali generali e calomelano e precipitato rosso alla località cessarono quasi completamente le manifestazioni celtiche generali, se non che il testicolo aveva peggiorato. L'amputazione fatta col ferro rovente guariva anche questo ammalato.

Colla storia l'Autore dimostra come la sifilide nei casi attuali sia invocata non pel fatto dell'infezione, ma per la fievolezza fisiologica che induce nell'organismo, e come vi concorrano altre cause occasionali, ed infatti nelle osservazioni 3ª e 2ª vi sarebbe l'equitazione, e l'eccitamento venereo. D'altronde l'esito della cura fu già da molti Autori portato come argomento comprovante la natura non sifilitica del fungo benigno del testicolo. Appoggiato pure all'anatomia patologica di quest'affezione così bene illustrata da Virchow, Bilrotth, Foerster e da altri, dal suo esito l'Autore conchiude:

1. Che il fungo benigno del testicolo non è cagione efficiente e sostenitrice nella sifilide.

2. Che non esiste il sarcocele fungoso sifilitico.

3. Che la cura efficace di questa malattia è nel fuoco, e non nei mezzi antisifilitici.

Sulla conoscenza delle cheratosi; del dott. Pick. (*Vierteljahr. für Derm. und Syphilis*, 1875, Heft. 2 e 3).

Il dott. Pick espone una storia interessante di condilomi passati allo stato corneo. Il soggetto era un giovane affetto da psoriasi e da fimosi infiammato e racchiudente numerosi condilomi, che furono tolti colla operazione del fimosi e colla escisione delle neoformazioni, praticata due volte. Nove mesi dopo che l'ammalato era uscito perfettamente guarito, i papillomi al glande ricomparvero ancora e senza che l'individuo vi avesse dato nuova causa. Essi presentavansi questa volta sotto un nuovo aspetto. Verso la metà del solco coronale vedevasi una rilevatezza cornea, con una figura di elmo, posta profondamente fra il glande

ed il restante prepuzio, e circondata questa più grande da alcune altre produzioni più piccole che tendevano esse pure a curvarsi, come fanno le unghie. Il corno più grande aveva la forma di un elmo col rivolgimento della estremità lateralmente ed al basso; presentava la lunghezza di 9 centimetri e 5 millimetri ed alla base misurava in grossezza 3 centimetri e mezzo; di colore giallo scuro, ed alla punta quasi nero, aveva la consistenza cornea o meglio delle scaglie, e presentava alla superficie longitudinalmente e trasversalmente delle linee e un' incavatura all'estremità libera.

Venne esportato e l' individuo guarì.

Questi corni erano costituiti da cellule epidermiche e vasi sanguigni dilatati.

L'Autore crede che i condilomi si siano trasformati in tale maniera per le deposizioni di forti strati cornei epidermoidali.

Indurimento del muscolo sterno-mastoideo; del dottor FREDERICK TAYLOR. (*Revue des sciences med.* Avril 1875).

Gli indurimenti muscolari di indole sifilitica nei bambini furono osservati e studiati anche dal dott. Arnold, da Lucas e Smith. Quello osservato da Taylor si riferisce ad un bambino di 4 settimane di età, e ne era affetto il muscolo sterno-mastoideo. Il bambino ed i parenti erano chiaramente sifilitici. Si intraprese la cura mercuriale, ma il bambino morì per una malattia di petto acuta.

All'autopsia si sentì sulla metà inferiore del muscolo sopradetto una massa nodulare dura, mobile sotto la pelle, il muscolo era completamente isolato dai tessuti vicini. L'estremità sternale era la più indurata, e l' indurimento ad occhio nudo presentava i caratteri del tessuto muscolare.

Col microscopio però le parti più dense sembravano formate quasi intieramente da tessuto fibroso bianco, i di cui elementi si estendevano al di là dell' indurimento, separando ed isolando le fibre muscolari. Nella porzione clavicolare eravi anormale sviluppo del tessuto fibroso. Assenza di elementi cellulari e fibre.

Sebbene questi tumori si siano anche attribuiti a semplice ipertrofia od infiammazione, l'Autore in questo caso le escluderebbe, e lo metterebbe nei casi di sifilide e perchè eravi certa questa malattia e nel bambino e nei parenti, e perchè era nato per le natiche colle mani riversate sulla testa, e perchè l'assenza di aderenze o di emorragie attorno al muscolo facevano escludere una lesione infiammatoria.

Sulla sifilide emorragica; del dott. BALZ. (*Archiv. f. Heilk.* 1875).

Bälz racconta due casi di sifilide emorragica, uno seguito da esito felice e l'altro seguito da morte.

Il primo si riferisce ad un giovane di 25 anni, che contrasse un ulcero al pene seguito da adenite ed eruzione generale. Guarito da questi accidenti fu preso dalla malattia nell'articolazione di un dito, che a poco a poco si estese alle altre di quasi tutto il corpo, e che fu seguita da

suffusioni sanguigne su quasi tutta la superficie cutanea, non escluso la laringe, il polmone, e le intestina. Il freddo localmente, e l'ergotina guarivano questo infermo.

Il secondo caso era molto più grave: furonvi ematuria, enterroragie, epistassi, emoftoe, ed eruzioni somiglianti al vajolo emorragico. Il collasso portò l'individuo alla tomba nello spazio di giorni dieci.

Della sifilide polmonare e della sua curabilità colle acque solforose di Neundorf; del dott. Grandidier de Cassel. (*Berlin. Klin. Wochens.* 1875).

Una trentina furono gli ammalati dall'Autore osservati affetti da fenomeni polmonari sifilitici. Fra essi eranvi alcuni con sintomi di induramento polmonare, prodotto da neoformazioni gommose, pneumonite croniche, ed altri da quelli di rammollimento e di escavazioni polmonari.

Fra i segni fisici il più caratteristico era una mutezza del lobo medio del polmone destro in corrispondenza alla regione intrascapolare, estendentesi fino alla base dell'omoplata. La stessa mutezza si trovava davanti tra il secondo e terzo spazio intercostale destro.

Durante lo stadio di polmonite interstiziale, l'apice e la base erano sempre libere almeno in principio.

Il polmone ne era preso raramente.

Al luogo della mutezza mancava il mormorio vescicolare, che era rimpiazzato dalla respirazione bronchiale.

Per l'Autore è caratteristico dell'affezione polmonare sifilitica l'indurameuto limitato al lobo medio del polmone destro; Egli lo riscontrò 27 volte su 30.

Nei casi di cui è discorso, uno datava da 16, ed il più recente da 2 anni. Tutti avevano già fatta una cura, ed avevano la maggior parte avuti altri fenomeni secondarii e terziarii.

La cura consistè nel far usare le acque solforose contemporaneamente sotto forma di bevanda, di bagni, e di inalazioni. Però ordinariamente amministrava pure l'iodio, e qualche volta anche le frizioni mercuriali.

Cinque a sei settimane di questa cura bastarono in qualche ammalato a far scomparire ogni traccia di indurimento polmonare; in altri bisognarono dei soggiorni ripetuti a Neundorf per raggiungere questo stato.

Non si ebbero quasi mai recidive, però ordinariamente la cura dell'acqua in bevanda fu continuata anche nei mesi di inverno.

L'Autore trova migliori le acque di Neundorf di quelle di Aix-la-Chapelle e di Weilbach per la loro ricchezza di idrogeno solforato.

Casi di tubercolosi miliare sifilitica; del dott. E. Aufrecht. (*Deutsch. Zeitsch. für prakt. med.* 1875).

Sono due casi di ammalati sifilitici, in cui alla sezione fu trovata la tubercolosi miliare.

Nel primo caso, che risguardava una donna giovane, senza antecedenti di tubercolosi, affetta da condilomi e roseola, la morte avvenne colle

seguenti lesioni: nefrite interstiziale, epatite interstiziale, e tubercolosi estesa del peritoneo viscerale e parietale. Non vi era tubercolosi polmonare, ma però i polmoni presentavano edema considerevole con aderenze e durezza del parenchima alla parte anteriore inferiore del lobo superiore sinistro.

In ambo i casi eranvi ulcerazioni sifilitiche alla gola ed alle corde vocali, periostiti gommose, gomme del fegato, tubercoli miliari del peritoneo e del fegato; nulla ai polmoni.

Nella prima ammalata tutto il peritoneo era cosparso di nodosità biancastre del volume di una testa di spillo a quello di un grano di miglio, circondato qua e là da cerchi vascolari, che formavano per la loro confluenza delle grandi placche di injezione. Ve ne erano in masse sul grande epiploon, che aderiva colla parte sinistra alla milza. Le intestina ne erano coperte in tutta la loro lunghezza, e le nodosità erano più piccole e sparse. Sulla capsula splenica erano quasi trasparenti. Al microscopio le si vedevano composte di piccole cellule rotonde, raggruppate qua e là attorno a cellule più grosse e più oscure; qualche volta anche attorno a masse granulose oscure.

Nella seconda ammalata le nodosità erano piccole, molto serrate, le une bianche, le altre grigie, occupanti la superficie e lo spessore della sierosa, che ricopre tutta la metà inferiore della faccia anteriore e posteriore dei lobi epatici destro e sinistro.

Al microscopio presentavano tutte le forme del tubercolo: forma cellulare, reticolata e sopratutto fibrosa. I tubercoli cellulari erano dei più piccoli e senza far mai risalto alla superficie del peritoneo. Le cellule erano le une piccole, analoghe ai corpuscoli della linfa, le altre più grosse a forma irregolare, oscure, poco trasparenti, e traversanti soventi il tubercolo sotto forma di tratti allungati. La forma delle cellule, come pure la presenza di altri noduli al punto di riunione dei tratti allungati, non potevano fare ammettere altra cosa che la presenza dei vasi linfatici modificati all'interno dei tubercoli. Si trovavano anche delle cellule giganti, ma in piccolissimo numero. Il tubercolo reticolato era assai raro. Nel tubercolo fibroso si potevano distinguere quasi sempre due zone di sostanza connettiva, una periferica ed una centrale con aspetto raggiato. In questo punto si vedevano che pochissime cellule e l'addizione di acido acetico non faceva apparire che pochissimi nodi nuovi, ma dopo il rigonfiamento delle fibre connettive si vedevano nello strato centrale delle piccole cavità, che prima non si vedevano. Allorquando ve ne erano parecchie sembravano legate da canali più o meno larghi; altri canali nascevano e si portavano verso lo strato periferico, diminuendo gradualmente di larghezza. Questi canali e queste cavità erano parzialmente riempite di granulazioni in ammassi o isolate.

Della tisi sifilitica; del dott. Fournier. (*Gaz. hebdomad. de medec. et de chirurg.* Numeri 28, 49 e 51, 1875).

La tisi sifilitica non è mai acuta e non sopraviene che molto tardi,

15 a 20 anni dopo il primo manifestarsi della malattia, anche quando è congenita. L'Autore crede solo alle lesioni croniche del polmone, che sono iperplasie semplici o produzioni gommose, le quali non possono certamente determinare le bronchiti e le polmoniti acute.

Nell'iperplasia si riscontra una vera sclerosi, che appiatisce e deforma gli alveoli, i quali poi si obbliterano. Questi punti di sclerosi sono per lo più parziali e più intensi quanto più sono antichi, e stanno in relazione colla sclerosi generale.

Le gomme sono, come negli altri organi, poco numerose, rarissimamente più di 6 o 7, e molto di frequente sono contornate da un areola di tessuto sclerosato.

Diagnosi. — Le alterazioni sifilitiche del polmone sono in genere poco conosciute o sconosciute affatto, principalmente se non esistono altri sintomi di sifilide generale. Criterii diagnostici in simili casi sarebbero:

1. Che queste lesioni non si trovano mai alla sommità dei polmoni e sono unilaterali.

2. Che gli ammalati non presentano quell'aspetto generale, dal quale si conosce subito un tubercoloso, d'altronde lo stato generale non vi partecipa molto e non si hanno dati ereditarii.

3. L'evoluzione della malattia nel caso in discorso è differente da quello della tubercolosi.

Difficoltà si trovano per distinguere una gomma sifilitica, da una produzione caseosa di origine tubercolare. Bisogna in questi casi avere in mente, che la gomma può trovarsi sparsa qua e là, ma raramente alla sommità, che è unilaterale, che sono poco numerose e non è mai in forma miliare, che non presenta mai la semi-trasparenza, che presenta la granulazione tubercolare, e che la sua consistenza è maggiore di quella del tubercolo rammollito.

Sintomi. — Nei primi momenti assenza di sintomi apprezzabili. In seguito si osserva alterata la respirazione, che è faticosa, tosse rara, debole, secca, indi espettorazione catarrale poco abbondante. Alla percussione ed alla ascoltazione, se la lesione non è profonda, si hanno segni di induramento del tessuto.

A poco a poco l'espettorazione diviene mucosa purulenta, od anche purulenta, si hanno emoftosi, ma meno frequenti e meno abbondanti che nella tubercolosi. Intanto lo stato generale si altera, sopraggiungono le febbri etiche, la consunzione, ed allora all'esame si possono sentire delle vere caverne polmonari.

Andamento. — Quasi sempre lento e progressivo, più lento ancora di quello della tubercolosi, e senza minacciare tanto da vicino l'esistenza dell'ammalato, quando non vi siano altre complicazioni, che vi si uniscano.

Varietà. — L'Autore ammette tre varietà nell'evoluzione di questa

malattia: 1.° Varietà in cui decorre quasi in uno stato latente. 2.° Varietà caratterizzata solo da disturbi e sintomi fisici locali, ed in cui lo stato generale non vi partecipa che punto o poco. 3.° Varietà in cui lo stato generale deperendo si unisce alle lesioni locali.

Pronostico. — Varia secondo l'intensità, l'estensione delle lesioni, il modo ed il soggetto su cui si sviluppano, e secondo il tempo in cui fu incominciato ed il modo nel quale fu condotta la cura.

Cura. — Mercurio ad alta dose e joduro di potassio. Quanto al metodo preferisce le frizioni coll'unguento, colle quali se non si potrà ottenere una guarigione sicura, pure si ebbero successi impreveduti.

Dei rapporti tra la sifilide e la tisi; del dott. N. V. Thoresen. (*Revue des sciences med.* Avril 1876).

L'Autore ebbe agio di redigere 318 casi di sifilide, in cui studiò non solo l'ammalato, ma anche la sua famiglia ed i suoi figli. Da questo risulta, che il virus sifilitico col tempo si attenua, così se la madre è diventata sifilitica prima della pubertà i figli nasceranno sani, tanto più se l'epoca della infezione materna fu molto lontana dal di lei parto. Al contrario se i primi sintomi secondarii apparvero dopo la pubertà, i figli raramente non ne sono affetti, e se la concezione ebbe luogo durante l'eruzione dei fenomeni secondarii, il bambino nasce quasi sempre sifilitico. Molto diversamente succede quando trattasi di fenomeni terziarii della madre, giacchè l'Autore vidde donne affette di lesioni delle ossa del naso, di necrosi ed ulcerazioni in altri punti partorire figli sani, e quindi crede che il virus sifilitico col tempo si elimina dall'organismo e che a ciò vi contribuisca moltissimo la gravidanza ed il parto: infatti è difficile che una donna, che abbia avuto varii figli, questi siano tutti sifilitici, come pure può darsi che dopo varie gravidanze normali, la stessa abbia ad avere un bambino sifilitico.

Per la tisi invece le cose vanno altrimenti. Anche su questa la gravidanza sembra avere un' influenza favorevole, ma solo in modo transitorio, come pure generalmente da una madre tubercolosa nascono più facilmente tubercolosi gli ultimi figli.

Di più la sifilide attacca sempre primitivamente la diafisi delle ossa, le lesioni delle epifisi o delle articolazioni sono sempre secondarie.

Finalmente la sifilide non produce mai tubercoli nei polmoni, e se questi si riscontrano nei sifilitici hanno sempre la ragione di essere per antecedenze della stessa malattia nei parenti o nella famiglia. Per cui per l'Autore la tubercolosi sifilitica è un' esagerazione.

La prognosi della sifilide è grave quando ne è preso un individuo tubercoloso, e per il deperimento dell'organismo, e perchè la tubercolosi impedisce la eliminazione del virus.

Studli sulla sifilide tracheale; del dott. Alfredo Rey. (*Revue des sciences med.* Avril 1875).

Da quattro osservazioni di sifilide tracheale risultano, secondo l'Autore, i seguenti corollarii principali:

Cioè che esiste una relazione fra le manifestazioni sifilitiche gravi delle fosse nasali, e quelle alla trachea, e ciò perchè ordinariamente non si scoprono sulla laringe, che dei fatti di lesioni superficiali, o mancano anche questi. Nel principio del periodo secondario l'attenzione non si rivolge alla trachea per la sua correlazione coi fatti laringei. Il processo di ulcerazione si sviluppa nel principio del periodo terziario, ma può anche essere una manifestazione tardiva, cioè 9 mesi dopo il fenomeno primitivo, ed essere la manifestazione di accidenti profondi.

Nella sifilide infantile l'infiammazione tracheale segue abitualmente la corizza, accompagna i fenomeni laringei e si può propagare ai bronchi. Può anche in questo caso farsi ulcerosa.

La diagnosi fra l'ostruzione della laringe e quella dei bronchi e della trachea è difficile, ed i segni differenziali, secondo l'Autore, ne sono di poco valore.

Il solo laringoscopio può diagnosticare le lesioni laringee, ma può condurre in errore quando vi siano, ciò che è difficile, lesioni alla laringe ed alla trachea.

Delle lesioni terziarie della faringe; del dott. A. Fournier. (*Revue des sciences med.* Octob. 1875).

La sifilide al periodo terziario, invade la faringe sotto tre forme, cioè di sifilide ulcerosa, di sifilide gommosa, e di gomme sotto-mucose. La prima forma presentasi sotto l'aspetto di ulcerazioni superficiali a bordi poco marcati, a fondo giallastro, non presentante nulla di speciale nella loro evoluzione. La seconda forma, ossia di sifilide gommosa, si presenta sotto due aspetti, di gomma circoscritta, e di gomma diffusa.

La gomma circoscritta presentasi con un piccolo tumore originariamente duro, che in seguito si rammollisce e dà luogo ad un'ulcerazione a bordi circolari.

La gomma diffusa è più estesa e dà l'aspetto alla mucosa come se fosse ipertrofizzata.

Il carattere principale di questi accidenti è di svilupparsi subdolamente, cioè con pochissimi disturbi da principio, ma che si manifestano d'un tratto alloraquando la gomma è già ulcerata. I sintomi ne sono: un senso di malessere alla gola, un bisogno quasi continuo di escreare, difficoltà alla deglutizione, impedimento alla masticazione e voce nasale. Così quando vi siano disturbi prolungati dell'udito ed una persistente corizza, bisogna pensare ad una sifilide della cavità posteriore delle fosse nasali ed esaminare attentamente queste parti.

La terza forma, ossia di gomme sotto-mucose della faringe, che presenta, è interessante pei sintomi, che può dar luogo.

Così questi tumori possono acquistare un volume considerevole, comprimere la laringe o l'esofago e produrre la disfonia e la disfagia.

Questi tumori però non è a credersi che tengano sempre un decorso lento, ma invece possono esulcerarsi rapidissimamente e distruggere perfino le ossa.

Come conseguenze bisogna notare le atresie dell'istmo delle fauci e le aderenze del velo alla faringe per cicatrici viziose.

Degenerazione sifilitica della glandola sotto-linguale; del dott. Fournier. (*Rapporto del prof. Verneuil, Soc. de chirurg.* 8 Decemb. 1875).

Il fatto di Fournier della degenerazione sifilitica della glandola sotto linguale, sebbene non presenti tutte le franchigie matematiche per ritenerlo assolutamente di natura celtica, pure l'esito della cura, e più di tutto i postumi gli danno un grado di probabilità da avvicinarsi moltissimo alla certezza. Si tratta di un' uomo presentatosi a Fournier nel 1873, accusando impedimenti alla deglutizione ed alla favella, e che portava diffatti un tumore al luogo della glandola sotto-linguale destra, tumore che il distinto sifilografo pose nella classe delle neoformazioni terziarie sifilitiche, perchè l'ammalato 11 anni prima aveva avuto un ulcero infettante, e che curò quindi col joduro di potassio. L'esito corrispose all'aspettativa, e il tumore scomparve prestissimo, ed anzi a confermare la diagnosi, poco tempo dopo susseguirono papule al glande e psoriasi palmare e plantare.

Sulle affezioni sifilitiche del sistema nervoso; del dott. Hughling Jackson. (*The journ. of. metal. scienc.* Juillet 1875).

Nelle affezioni sifilitiche il sistema nervoso non è attaccato che per le alterazioni del tessuto connettivo e dei vasi, e queste non appartengono mai al midollo spinale.

Nelle paralisi dei nervi cranici vi possono essere disturbi dell'odorato dipendente da alterazioni delle fosse nasali. Più frequenti però di queste sono le lesioni dell'occhio, dove tumori sifilitici ingenerano facilmente una vera nevrite ottica, mentre rara è l'infiammazione delle membrane interne, la retina e la coroidea. Nota pure l'Autore la paralisi del motore oculare comune, ed il sintomo di vertigine consecutivo e le alterazioni della membrana del timpano e dell'orecchio interno dovute a compressione per un tumore intra-cranico, che potrebbe produrre in un sifilitico la malattia di Menière.

L'afonia può dipendere da due fatti patologici, o da lesione della porzione intra-cranica del midollo, o da lesioni laringee.

Alle lesioni sifilitiche delle pareti craniche può essere consecutiva la meningite, la quale però l'Autore non vide mai primitiva, ed alcune volte è sostenuta da una gomma, che produsse una parziale encefalite circumambiente, la quale può a sua volta produrre gli ordinarii sintomi psicopatici.

La causa ordinaria delle convulsioni sifilitiche, che tante volte si osservano, è una gomma alla superficie del cervello, la quale le determina solo in via secondaria. Ciò dicasi pure del rammollimento cerebrale, il quale non è mai generalizzato, ma solo parzialmente limitato attorno alla neoformazione, o alle alterazioni dei vasi arteriosi o venosi.

Lo stesso meccanismo vale pure quando trattisi di emiplegia, la quale Jackson divide in tre varietà, cioè: emiplegia per un tumore sviluppato

lungo il decorso di un nervo motore; emiplegia da rammollimento cerebrale localizzato e dipendente da una gomma; ed infine emiplegia succedente alle convulsioni. E qui l'Autore ammette, che una gomma può sviluppare una specie di *scarico nervoso* nella sostanza grigia, il quale se è abbondante può produrre un' emiplegia.

Nell'ultima parte del suo lavoro Jackson tratta dei disturbi psichici dovuti alla sifilide e della mania sifilitica, ed anche in qust'ultima forma ammette lo *scarico nervoso* nei centri più elevati.

Alcuni casi di affezioni nervose sifilitiche; del dott. J. Dreschfeld. (*Revue des scienc. med.* Juill. 1875).

Da sette osservazioni riferite dall'Autore, questi ne trae delle conclusioni pratiche. Ed intanto pel diagnostico di un' affezione nervosa sifilitica bisogna tener conto: 1.° dell'età dell'ammalato, che oscilla tra i 25 ai 40. 2.° Degli antecedenti, i quali principalmente nella donna sono difficili a scoprire; bisogna però avere in mente che questi sintomi nervosi si ponno riscontrare in un soggetto sifilitico senza che dipendano da questa malattia. 3.° Del fatto che nella sifilide le lesioni sono generalmente molteplici, e le manifestazioni nervose si riferiscono a più punti lesi. 4.° Dell'assenza di altre cause, come sarebbero le lesioni del cuore, dei reni ecc. 5.° Del criterio *ad juvandibus et laedentibus*, il quale riescirà sempre nei casi, in cui non vi sia ancora una degenerazione troppo profonda.

Le storie prodotte dall'Autore sono:

I. Una meningite sifilitica in una giovane di 28 anni, nella quale si manifestò rapidamente la diatesi, ed un anno dopo i sintomi secondarii, lesioni terziarie all' ossatura del palato, dolori al capo ed emiplegia destra. Indi meningite senza lesioni localizzate. Curata col mercurio ed il joduro di potassio portato fino a 10 grammi guarì benissimo. L'Autore crede in questo caso vi sia stata un' infiammazione diffusa della parte sinistra del cranio, che occasionò l'emiplegia per la compressione del tratto motore destro, e che essendosi propagato agli inviluppi cerebrali produsse la meningite. In questo caso la temperatura fu più bassa, ed il polso meno rapido che nella meningite semplice.

II. Una donna di 31 anni è attaccata bruscamente da emiplegia destra ed afasia parziale. La cura mercuriale e jodica la guarisce rapidamente. L'Autore qui crede ad una trombosi cerebrale consecutiva all' arterite sifilitica.

III. Donna di 30 anni, accidenti sifilitici, poi disturbi cerebrali, cefalalgia occipitale, insonnia, amnesia, depressione mentale; alalia, ambliopia. Guarigione in tre mesi colla cura antisifilitica. In questo caso fuvvi leggiera infiammazione cronica delle membrane della convessità cerebrale sopratutto della dura madre, ed infiammazione della corrispondente porzione di ossatura. Le membrane si fecero aderenti, la porzione vicina allo strato superficiale fu attaccata, ed allora comparvero i segni che

fecero rassomigliare questo caso ad un rammollimento o ad una paralisi generale.

IV. In un uomo giovane sifilitico si producono accessi epilettici con aura alla mano sinistra. Gli accessi scompajono sotto la cura antisifilitica. Ricompajono dopo qualche tempo e non hanno alcun sollievo dal bromuro di potassio. Curati ancora di nuovo col joduro potassico vanno a guarigione.

V. Cefalalgia, vertigini, attacchi di dispnea, palpitazione e difficoltà a deglutire in un uomo sifilitico di anni 48. Assenza di lesioni al cuore ed ai grossi vasi; cura antisifilitica, miglioramento in due mesi.

VI. Donna di 35 anni, nevralgia facciale seguita da paralisi facciale incompleta e da strabismo interno. L'Autore quì fa osservare come Brauss osservò su cento casi di sifilide cerebrale 27 di lesione del nervo facciale, e che la paralisi del motore oculare esterno coincidente con quella del facciale, secondo Broadbent ed altri, è frequente.

VII. In un sifilitico sopravenne l'atassia locomotrice, che migliorò moltissimo coll'joduro di potassio. Dreschfeld in questo caso ammettendo l'origine sifilitica della lesione, ammette pure una o più gomme nella colonna grigia posteriore, od un ispessimento cronico delle membrane dei cordoni posteriori con consecutiva pressione.

Osservazioni di affezioni sifilitiche del sistema nervoso; del dottor Albert. Reder. (*Revue des scienc. med.* Juill. 1875).

Sono due osservazioni, di cui la prima riguarda un uomo, che era affetto da balordimento e grande debolezza delle membra. Egli aveva contratto quattordici anni prima un ulcero. Dopo aver tentati molti tonici e ricostituenti senza frutto, l'Autore fa la diagnosi di tabe sifilitica, e lo guarisce radicalmente col joduro di potassio per frizioni, le quali manifestarono la loro influenza benefica fino dai primi giorni della loro somministrazione.

La seconda storia si riferisce ad un giovane, di 19 anni, affetto da ulcero, poi da manifestazioni di sifilide costituzionale. Un anno dopo sintomi psichici leggieri. Due anni appresso un accesso convulsivo piuttosto grave. Dappoi vertigini e successivi accessi convulsivi frequentissimi, due volte al mese.

Dietro una cura mercuriale non comparvero più gli accessi per anni intieri.

Delle affezioni sifilitiche delle arterie cerebrali, con rimarchi sull'istologia normale e fisiologica e la circolazione delle arterie cerebrali; del dott. Heubner. (*Revue des sciences med.* 15 Juillet 1875).

Dagli studii istologici e clinici e dalle osservazioni di Heubner risulta, che le lesioni sifilitiche si localizzano nella parte non vascolare delle pareti arteriose, immediatamente sotto l'endotelio, al disopra appena della membrana fenestrata sotto forma di nodi disseminati in una sostanza amorfa e di elementi fusiformi provenienti dall'endotelio vascolare. Questi elementi cellulari proliferano attivamente e dal solleva-

mento della membrana fenestrata si producono talvolta dei piccoli tumori, che fanno sporgenza nel calibro dei vasi. Gli elementi fusiformi crescendo formano una specie di reticella, in mezzo alla quale si distinguono qua e là delle cellule piatte e delle cellule giganti. In questa maniera il lume dei vasi si restringe gradatamente e finisce per formar dei trombi. Il neoplasma o si vascolarizza, formando sotto l'endetelio una vera membrana di nuova formazione con due stati l'uno di cellule giganti, l'altro di connettivo, oppure succede un processo regressivo dando, luogo a restringimenti cicatrizziali, che possono anche chiudere totalmente il lume del vaso.

Nella diagnosi tra l'arterite sifilitica e l'ateroma bisogna aver in mente: 1.° che l'ateroma è di decorso lungo, mentre l'arterite è più breve nella sua evoluzione; 2.° che l'ateroma passa fatalmente alla metamorfosi grassosa o calcare, mai all'organizzazione, mentre nel sifiloma arterioso si ha dapprima un ipertrofia poi un vero neoplasma.

Nello studio della fisiologia patologica l'Autore ricerca le conseguenze dell'obliterazione o della diminuzione del calibro delle arterie cerebrali; cioè un cangiamento di pressione nella sostanza corticale corrispondente alla distribuzione di queste arterie, e di qua consecutivi fenomeni cerebrali, quali perdita di coscienza, apoplessie, ecc. In questi casi però si può ristabilire una circolazione collaterale, che irrigando abbastanza le parti anemiche, può far scomparire presto i fenomeni morbosi.

Questo non succede quando l'arteria è affatto obbliterata, perchè allora si ha l'infarto od anche il rammollimento, e quindi lesioni funzionali persistenti irreparabilmente, e se l'occlusione è brusca, attacchi apoplettici. Se vi ha un semplice restringimento del calibro arterioso, siccome si produce solo una diminuzione della vitalità della circolazione della pia madre e delle circonvoluzioni periferiche cerebrali, così si ponno avere disturbi vaghi dell'intelligenza, della sensibilità e motilità.

Quest'affezione è fra le più tardive della sifilide. Rara prima del terzo anno, che segue il fenomeno primitivo; una sola volta successe sei mesi dopo, ma generalmente si manifesta dopo 4, 5 od anche 20 anni dall'infezione. Può essere precoce nel caso di un tumore sifilitico della pia madre.

Nei prodromi l'Autore pone cefalalgie intense, insonnia, indi vertigini, leggieri perdite di coscienza precedute da accessi epilettiformi, cangiamento di carattere, perdita di memoria, ecc.

Il più soventi però la malattia si annuncia con un attacco apoplettico con emiplegia o paresi, ora vi ha perdita assoluta di coscienza, ora semplice vertigini senza disordini intellettuali.

L'emiplegia è quasi costante quando sono attaccate le arterie cerebrali, il più soventi i nervi cranici son rispettati, e le membra superiori sono attaccate più gravemente che le inferiori. Quando non succede subito la morte, l'emiplegia diminuisce gradatamente e può dissiparsi.

Le funzioni superiori del cervello, le facoltà psichiche sono assai

compromesse. Avvi di caratteristico che questi disturbi sono incompleti, mal accusati; l'intelligenza e la volontà sono affievolite solamente, avvi sonnolenza ma non coma, ed il delirio è intermittente; la parola lenta, e qualche volta avvi vera afasia. Le convulsioni generali, i vomiti e la febbre sono raramente osservati.

Ajutano la diagnosi le altre manifestazioni sifilitiche, terziarie od anche secondarie, può esservi anche la degenerazione amilacea dei visceri.

Quando oltre alla lesione sifilitica delle arterie cerebrali vi ha pure un tumore sifilitico intra-cranico, l'andamento dell'affezione è lo stesso, ma vi si aggiungono paralisi circoscritte di certi nervi cranici.

La durata della malattia è varia. La morte può succedere nelle 24 ore o dopo qualche settimana. Generalmente però dura da uno a tre o sei mesi ed anche più anni, se viene curata.

Il pronostico è grave. La cura si fa colle unzioni mercuriali e forti dosi di joduro di potassio.

Delle nevralgie facciali persistenti, sintomatiche di un' affezione cerebrale sifilitica; diagnosi e cura; del dott. G. Balfour. (*Revue des sc. med.* Janvier 1876).

L'Autore passa in rivista i numerosi casi di sifilide con persistenza delle nevralgie facciali ed insiste sulla coesistenza frequente della paralisi del terzo e del sesto pajo, che talvolta si manifestano precocemente e dipendono da depositi sifilitici nella teca ossea del cranio o nel cervello.

Eccone un bel esempio:

Una donna di 21 anni, fu ammessa all'Ospedale nel settembre 1872. Dopo due anni sofferse più o meno, ma costantemente, di una nevralgia facciale con alterazione della salute generale, soppressione delle regole per più mesi e cloro-anemia. Questa donna aveva antecedenze genealogiche di tubercolosi ed era di temperamento molto nervosa; fu sottomessa subito ad una cura di bromuro di potassio. Dopo otto giorni le si manifestò leggiera chiusura della palpebra superiore destra, che rivelò la natura della malattia. Le si fece prendere allora il joduro di potassio, ed i fenomeni nevralgici cessarono rapidamente. Dopo due mesi però sopravennero disturbi intellettuali gravi, susseguiti da mania acuta ed infine da coma e morte. All'autopsia si trovò una gomma voluminosa di 4 a 5 centimetri di diametro alla protuberanza anulare, che si estendeva fra i peduncoli cerebrali in maniera da comprimere l'origine del nervo motore oculare destro, che era rammollito e distrutto.

L'Autore conchiude che in ogni caso, dove siavi una nevralgia facciale accompagnata da paralisi dei muscoli dell'occhio, si dovrà subito pensare ad un' affezione sifilitica.

Casi di meningite sifilitica; del dott. Huguemin. (*Revue des sciences med.* Janvier 1876).

Sono due osservazioni di meningite sifilitica, la prima comunicata dal prof. Cloetta, la seconda propria all'Autore.

Osserv. 1.ª — Uomo di 33 anni; ulcero; un anno dopo angina spe-

cifica; due anni più tardi tremolio alle mani, salivazione (migliorata colla cura mercuriale), debolezza delle membra, diminuzioni del gusto e dell'odorato, cefalalgia frontale, sonnolenza, alterazioni psichiche. Cura colle frizioni e decotto dello Zittmann, dapprincipio aggravamento dei sintomi, ma dopo la quarta settimana miglioramento, indi guarigione.

Osserv. 2.ª — Uomo di 46 anni; ulcero indurato e roseola nel 1865; miglioramento col sublimato. Nel 1866 placche mucose all'ano ed alla gola; sublimato internamente, calomelano e tintura jodica esternamente.

Nel 1869 fenomeni cerebrali, che si svilupparono lentamente preceduti da stanchezza, apatia, sonno inquieto, dopo due o tre mesi sintomi di demenza paralitica. Nel 1870 exema squamoso molto esteso. Unzioni esterne e calomelano internamente. Miglioramento dopo tre settimane, continuazione della cura fino all'idrargirosi, allora joduro di potassio e decotto di Zittmann mitigato, continua il miglioramento delle facoltà intellettuali e delle forze generali, talchè due mesi più tardi l'infermo riprende le sue occupazioni, non ricordandosi che oscuramente del suo stato antecedente.

Nel 1871 riproduzione dei fenomeni morbosi di prima, che si aggravano in qualche settimana; cura nè energica, nè regolare. Presto tremito considerevole, catarro vescicale, infine semi-paresi sinistra a lento sviluppo e paralisi incompleta dei filamenti boccali o nasali del facciale, indi demenza assoluta. Escare gangrenose, setticoemia, morte.

Autopsia. — Integrità del cranio e della dura madre. Ispessimento molto considerevole e generale della pia madre, più marcato a destra, questa membrana è di un aspetto brillante fibroso ed in preda ad anemia. Una gran parte de' suoi vasi arteriosi e venosi sono obbliterati, le vene rimaste permeabili sono ispessite e molto flessuose. La circolazione cerebrale è più visibilmente diminuita nei rami provenienti dall'arteria del Silvio. Aderenza della pia madre al tessuto cerebrale. Assottigliamento dello strato corticale del cervello; le sostanze grigie e bianca sono pure anemiche.

Nessuna dilatazione ventricolare, nè atrofia localizzata del cervello.

I nervi della base normali, i vasi della faccia inferiore dell'encefalo e del cervelletto, come quelli del bulbo, ingorgati di sangue.

Al livello della faccia anteriore del lobo frontale, si trovano in un certo grado le stesse alterazioni della pia madre.

Tumore sifilitico del lobo mediano del cervelletto; del dott. Hughlings Jackson. (*Revue des sciences med.* Avril 1875).

Il 5 agosto 1872, entra all'Ospedale un uomo, che fino allora non aveva avuto che una gonorrea e dolori nell'orecchio sinistro e nelle membra. Nel novembre 1871 si sentì un dolore nell'orecchio sinistro così forte, che non potè levarsi. Dopo questo vennero dolori alla nuca, poi vomito ed indebolimento della vista. Allora entra all'Ospedale. Presenta una doppia pigmentazione della retina, questo segno unito all'irite anteriore fa diagnosticare un tumore sifilitico. A questo momento non

vi sono disturbi della facoltà visiva. Sorte l'ammalato, ma entra di nuovo nel giugno del 1872, cogli stessi sintomi: dolore occipitale, vomiti, disordini retinici, persistenza dell'irite, ed assenza di smagrimento. Poco dopo dolori di testa violenti, vomiti ripetuti incessanti. In ottobre demenza e negli ultimi 15 giorni difficoltà all'incesso. Morte improvvisa il 22 gennajo. Si adoperarono per cura il bromuro di potassio, i vescicanti, il setone, il cloralio e qualche sanguisugio. Il dolore occipitale però persistette sempre fino a poco prima della morte.

Autopsia. — Le sole lesioni osservate occupavano l'encefalo ed il fegato.

Nel fegato vicino al bordo esterno del lobo destro un tumore gommoso del volume di una nocciuola. Cervello sano; circonvoluzione un po' appiattite e ventricoli laterali distesi da liquido.

Alla faccia posteriore ed inferiore del lobo sinistro si trovano, facendo aderire il cervelletto e la pia alla dura madre, una o due piccole masse del volume di un pisello.

La lesione principale consisteva in un tumore del volume di una nocciuola evidentemente sifilitico, sito sulla parte posteriore ed inferiore del lobo mediano del cervelletto.

La diagnosi del tumore intra-cranico fu fatta fin da principio al sopravenire di un'antica irite. L'Autore però esitava tra il tumore sifilitico ed il glioma, di cui rivestiva le apparenze. In questo caso non si doveva avere che un tumore unico e non differenti masse.

Si poteva anche pensare ad un ascesso del cervello e del cervelletto. Ma l'irite rischiarò la diagnosi primiera.

L'Autore osservò anche convulsioni coreiche in una piccola bambina affetta da sifilide congenita.

Come pure espone una lunga osservazione di demenza in un bambino per sifilide congenita.

In un certo numero di giovani bambini, che avevano tutti i segni di sifilide congenita, si constatarono accidenti nervosi e principalmente emiplegie, convulsioni epilettiformi, ecc.

Sifilide causa di paralisi progressiva; del dott. C. Jespersen. (Copenhague, 1874).

Nel lavoro di Jespersen, ricco di 123 osservazioni, è studiata la sifilide come causa della paralisi progressiva nella parte storica e nella parte clinica, basata sulle osservazioni proprie dell'Autore.

Esmarch e Jeusu furono i primi a volgere l'attenzione alla paralisi progressiva come postumo della sifilide, che venne poi più diligentemente studiata da Stenaberg, Zyellberg e Sandberg.

Su 123 paralitici, 83 erano sifilitici e trovò l'Autore l'accidente sifilitico primitivo in sei, in altrettanti fu solo verosimile, in tredici fuvvi blennorrea, che poteva anche essere legata alla sifilide, quindici non presentavano niente, che lasciasse supporre la malattia costituzionale.

In quanto all'epoca, in trentaquattro ammalati la sifilide datava da

5 a 9 anni; in quindici da 10 a 14; in tredici da 15 a 19; in sette da 20 a 28 anni.

Su moltissimi casi l'Autore potè osservare gli accidenti caratteristici della sifilide. Per lo più furono sifilidi benigne e la paralisi si presentò 4 anni circa dopo l'ultimo accidente specifico. In un sol caso si ebbe la manifestazione sifilitica ben chiara coincidente colle paralisi. In qualche ammalato però si osservarono eruzioni di carattere dubbio ed ulcerazioni di cattiva natura.

Negli ammalati non vi furono che due sole donne; quasi tutti erano di media età ed appartenenti alla classe dei contadini. Quasi tutti erano stati sottoposti alla cura mercuriale. Si notarono, come cause predisponenti, l'eredità e gli stravizj.

Il pronostico è sempre grave, più grave ancora di quello della sifilide cerebrale.

Quanto alla cura l'Autore raccomanda la pronta amministrazione dei mercuriali.

Lesioni terziarie dell'ano e del retto. Lezioni professate all'Ospedale de Lourcine da A. Fournier per M. Porak. (*Revue de sciences med.* N. 9, 1875).

Fournier trova l'origine patologica degli stringimenti del retto in un gran numero di casi nella formazione di un sifiloma ano-rettale che in seguito può produrre i veri stringimenti.

Caratteri di questa lesione sono un rigonfiamento rigido con ispessimento delle pareti rettali, manifestantesi con nodosità od induramenti di iperplasia, senza che la mucosa sia alterata e che invadono tutta la circonferenza dell'organo per l'altezza di 2 ad 8 centimetri od anche più. Qualche volta l'affezione guadagna l'ano e vi forma delle infiltrazioni parziali, lobulari all' intorno dell'orificio, i quali sono altrettanti piccoli tumori indipendenti in apparenza, ma legati fra loro da una base comune, che è la mucosa.

Il modo di trasformazione del sifiloma in stringimento l' Autore lo spiega con queste parole: al principio avvi infiltrazione iperplasica delle pareti rettali, che poi si trasformano in tuniche spesse e grigiastre e senza ulcerazioni. Più tardi arriva a livello della cavità rettale più ristretta, d'onde stringimento ben costituito con tutti i suoi inconvenienti.

Fournier nell'istologia del cancro rettale, mentre ammette l'influenza di ulcerazioni sifilitiche, ammette pure anche quella dipendente dall' infiammazione consecutiva.

Però mette fuor di dubbio l' esistenza di una varietà particolare di questi restringimenti, dipendenti da un iperplasia sifilitica delle parti rettali, che determina poi una sclerosi, e quindi la retrazione, l'ispessimento e l' indurimento delle tonache di questo condotto.

Saggio di statistica sulla sifilide terziaria; di L. Jullien. (*Revue des sciences medic.* Janvier 1875).

L'Autore si è indirizzato ai principali sifilografi Francesi, Italiani ed

Inglesi per avere delle osservazioni sulla sifilide terziaria. Le sue ricerche si riferiscono sopra 200 casi, di questi 59 non ebbero alcun trattamento, 47 furono mercurializzati al principio, 112 lo furono durante il periodo secondario, e 7 furono trattati col joduro di potassio.

I sifilitici abbandonati alla natura furono i meno gravi, e questi arrivarono al periodo terziario in media dopo quattro anni, non ebbero quasi mai affezioni nervose (1,59 per 0[0]) mentre i sifilitici idrargirizzati diedero il 12,7 e 15,1 per 0[0].

Per tutti un periodo grave indica generalmente la gravità futura dei periodi seguenti. Per il contrario la benignità non fornisce alcun dato sicuro.

Il mercurio dato al principio ritarda considerevolmente gli accidenti terziari, che in generale hanno luogo in media dopo sette anni.

Il mercurio dato solamente all'epoca degli accidenti secondarii non ritarda gli accidenti terziarii, i quali d'ordinario appariscono al periodo terziario, ossia in media dopo 3 anni.

Il joduro di potassio, dato due volte al principio della malattia, ha ritardato di 23 anni il periodo terziario.

Ecco la tavola degli accidenti terziari speciali a ciascuna delle tre principali categorie dall'Autore istituite:

	Gomme	Affezioni ossee	Affezioni testicolari	Affezioni mucose
S. mercurializzati al principio	51 p. 0[0]	21 p. 0[0]	14 p. 0[0]	12 p. 0[0]
S. naturali	67 »	28 »	3 »	1 »
S. mercurializzati sesecondariamente .	48 »	25 »	11 »	15 »

Le lesioni terziarie del testicolo e del sistema nervoso sembrano essere l'appanaggio pressochè esclusivo della cura mercuriale.

Della trasmissione della sifilide per via ereditaria; del dott. M. Kassowitz. (*Stricher's Jahrb.* 1875, e *Revue des sciences med.* Avril 1876).

L'Autore distingue in generale l'eredità dall'infezione intra-uterina, perchè la prima è trasmissione di caratteri tra l'ovo e lo sperma, e la seconda è il passaggio della materia morbosa dalla circolazione materna alla fetale. Indi pone due quesiti: 1.° Una madre sifilitica può mettere al mondo un bambino sifilitico? 2.° La sifilide acquisita dalla madre nel corso della gravidanza può attaccare il feto originariamente sano? Dalle osservazioni fatte su 119 famiglie sifilitiche osservate dall'Autore risulterebbe, che su 43 la madre non divenne sifilitica, mentre partoriva uno o più bambini sifilitici, ed in tutti i casi pubblicati di madri divenute sifilitiche durante la gravidanza, lo furono per fatto a questa estraneo, per cui conclude che la sifilide non si comunica mai dal bambino alla madre per mezzo della circolazione placentare.

Crede pure l'Autore, appoggiato alle osservazioni proprie ed a quelle di molti altri, che un bambino, i di cui parenti siano sani al momento della sua concezione, non può divenire sifilitico, se la madre resta infetta ad un epoca qualunque della gravidanza. Stabilito quindi che il virus sifilitico non può attraversare le pareti vascolari della circolazione materna e fetale, addiviene alla proposizione, che la trasmissione della sifilide dai parenti al feto non si fa che nell'atto della procreazione, cioè per la via di eredità tanto dal padre solo, che dalla madre sola o da tutte e due i genitori. Egli spiega questa teoria supponendo, che il virus sia inerente agli elementi anatomici dell'organismo ammalato, e che bisogna che uno di questi elementi sifilitici passi dall'organismo ammalato al sano onde trasportarvi la malattia. Insomma perchè un individuo diventi sifilitico bisogna che riceva da un altro organismo infetto o un globulo di pus, o un globulo di sangue, che vi provvenga direttamente nell'atto della procreazione per la cellula ovulare o spermatica.

Studia quindi l'Autore in quali casi la sifilide dei parenti è trasmissibile ai bambini, e quali rapporti esistano tra l' intensità della sifilide di questi, ed il periodo al quale è arrivata la sifilide dei parenti al momento della concezione. Un' organismo che mantenga ancora del virus sifilitico può trasmettere la sifilide per eredità.

Dalle osservazioni risulterebbe, che il periodo di trasmissibilità avrebbe una durata di 10 anni in media. L' assenza di ogni sintomo secondario non prova che l' individuo sia ancora o meno sifilitico, mentre l'apparire degli accidenti terziarii non indicano che questa potenza trasmissiva non esista più. La forza di trasmissibilità della sifilide si attenua da sè gradatamente, cioè la gravità della sifilide legata ai bambini è inversamente proporzionale all'età della sifilide dei parenti. Questo risulta in modo chiaro dalle osservazioni dell'Autore. I differenti gradi di forza della sifilide ereditaria si manifestano: 1.° coll'aborto o parto prematuro. 2.° Colla non vitabilità del bambino. 3.° Colle manifestazioni specifiche nel neonato tanto più tardive quanto la sifilide è meno forte. Tutte le gravidanze che si producono nei tre primi anni dopo l'infezione dei parenti, si terminano quasi senza eccezione con l'aborto, dipendente quasi sempre da malattia del feto. L'apparizione della prima eruzione specifica sul bambino sifilitico nato vitabile ha luogo quasi esclusivamente entro i tre primi mesi, e quando questo non succede che nel terzo mese è segno che il potere di trasmissione dei parenti è sul finire.

La cura mercuriale può influire moltissimo sulla trasmissibilità ereditaria della sifilide, sia annichilendo affatto la potenza di trasmissione del virus, sia soltanto coll'affievolirla. Nel primo caso dopo un bambino nato morto se ne ponno avere altri sani, nel secondo parenti recentemente sifilitici possono avere un bambino vivo con sifilide più o meno forte. Così se i parenti abbandonano la cura mercuriale, possono mettere al mondo bambini sifilitici dopo averne procreati dei sani.

Per l'Autore la sifilide non può essere trasmessa sotto altra forma: scrofola, tubercolosi, ecc.

Eziologia della sifilide congenita basata su considerazioni istologiche; del dott. Utkinson. (*Revue des sciences med.* Avril 1875).

Onde decidere se in una madre già sifilitica al momento della concezione la trasmissione del virus si fa per l'ovolo o per mezzo degli elementi della nutrizione, l'Autore ricorre all'esame di quanto fu già scritto in proposito ed all'esame istologico. Pel primo punto l'infezione per gli spermatozoi non è ancora dimostrata, e la pretesa immunità della madre è incerta, e già Colles rimarcò che fino al 1837 non eravi un fatto certo di trasmissione della sifilide dal bambino alla madre.

Dalle sue osservazioni microscopiche l'Autore ritrae:

1. Che gli ovuli e gli spermatozoi sono produzioni di natura epiteliale.

2. Che gli epitelii derivano probabilmente dai corpuscoli linfatici, e questi sono identici coi globuli bianchi del sangue. È provato che nelle malattie virulenti il tramite del principio contagioso sono gli elementi solidi, che impregnano delle loro proprietà virulenti gli elementi similari dell'individuo, nel quale penetrano, e questi elementi anatomici servono di veicolo all'agente morboso, che si trova trasmesso per suo intermezzo a tutte le parti costituenti l'economia.

Da ciò l'Autore ne trae di conseguenza:

1. La fecondazione viziata dell'ovulo per la sifilide.
2. La fecondazione dei spermatozoi.
3. La nutrizione del feto fatta con materiali provenienti da un' organismo infetto.

Non tutti poi i bambini nati da genitori sifilitici hanno necessaria l'infezione, e ciò perchè alle volte gli spermatozoi possono sfuggire all'attacco dei corpuscoli, che sono l'agente del contagio.

Placenta sifilitica; del dott. Aug. Macdonald. (*Revue des sciences med.* Octobr. 1875).

Le alterazioni, che si trovano nella placenta sifilitica, sono differenti secondo l'origine della sifilide, cioè se essa proviene dal padre, oppure dalla madre, o dai due parenti insieme.

Origine paterna. — Le villosità vengono attaccate per le prime. Esse sono la sede di una iperplasia particolare seguita da proliferazione. Le cellule delle villosità e dell'epitelio, che riveste queste villosità, si riempiono di granulazioni numerose, e nello stesso tempo le pareti dei vasi si ipertrofizzano. Questi vasi sono il punto di origine ed il centro di queste lesioni, il tessuto cellulare che le circonda presenta uno spessore tale che si crederebbe di avere sotto gli occhi dei veri canaletti di Havers. Si è in conseguenza di questo lavoro iperplasico, che le villosità acquistano uno sviluppo considerevole, il lume dei vasi si obblitera, ed infine si ha l'atrofia e la scomparsa del tessuto villoso.

Sulle altre parti della placenta si formano nel medesimo tempo delle

congestioni e versamenti sanguigni, che producono alla lor volta la asfissia del feto.

Origine materna. — La malattia attacca la placenta materna; le cellule del tessuto connettivo, che formano la trama della placenta, si ipertrofizzano ad un grado colossale, finchè danno luogo alla scomparsa delle villosità per compressione. La malattia descritta da Virchow, Slavjansky e Kleinwacter sotto il nome di endometrite, *placentaris mumosa* non erano probabilmente che la sifilide della placenta della madre.

Origine parziale e materna simultanea, in cui si confondono assieme le lesioni già descritte.

L'Autore addiviene a queste conclusioni:

1. Un gran numero di malattie uterine in seguito a lesione placentare sono sifilitiche, e la morte del feto avviene in seguito di una anematosi progressiva, sotto l'influenza delle lesioni già descritte.

2. Le lesioni causate dalla malattia danno alla placenta un' apparenza di pallore ed un aumento del suo volume. In questi casi è facile a credere ad una degenerazione grassosa. Il microscopio però ed i reattivi chimici fisseranno bene la diagnosi.

3. I soli rimedii efficaci sono gli antisifilitici.

Sulla influenza del metodo di cura della sifilide sulla gravidanza di donne sifilitiche; del dott. F. Weber. (*Allg. med. Centralz.* 1875).

Risulta dagli studii fatti dall'Autore su 129 casi di donne sifilitiche incinte, che gli aborti succedono nella proporzione del 20 per 0[0 e più facilmente nel 7° od 8° mese, ma la maggior parte di questi bambini, muojono poco dopo la nascita loro.

Quanto alla cura, 35 donne, che furono sottoposte alla cura delle unzioni mercuriali, partorirono tutte a termine, invece ebbe il 20 per 0[0 di parti prematuri in 23, che fecero la cura mista.

La cura invece fatta col sublimato unito all'joduro di potassio diede 15 per 0[0 di parti prematuri, e quella fatta col solo joduro ne diede 26 per 0[0. Come pure i parti furono solamente regolari in quelle donne che fecero la cura colle frizioni mercuriali.

Sui danni ai quali sono esposti gli ostetrici; del dott. Cairus. (*Revue des sciences med.* Juillet 1875).

È la storia di un medico, che avendo una escoriazione in un dito, contrasse la sifilide praticando l'esplorazione vaginale. Il caso è rimarchevole per la rapidità e la generalizzazione dell' infezione. Dopo qualche giorno dalla causa apparve sotto l'unghia un ulcerazione eccessivamente dolorosa, di cui la natura non si poteva conoscere. Quindici giorni dopo questa ulcerazione sopravenne la roseola, che si complicò ad infiammazione oculare, placche alla gola, caduta di capelli, dolori periostici eccessivi. Localmente l'ulcero fu molto grave e produsse la distruzione della prima falange. L'Autore si domanda se in questo caso aveva una malignità speciale, o se invece eravi un terreno troppo propizio.

Della sifilide ne' suoi rapporti col traumatismo; del dott. Henry Petit. (*These de Paris*, 1875).

Già da molto tempo era stato studiato dagli Autori se tutte le ferite e le contusioni, il traumatismo in genere, avessero a subire una speciale influenza della sifilide, anche se le manifestazioni di questa diatesi fossero già scomparse, ma ultimamente alcuni Autori, fra i quali sonvi nomi celebri, Follin, Nelaton, Billroth, Fano, non ne fecero quasi menzione; egli è perciò che Petit studiò questo punto importante di scienza nel presente lavoro.

Comincia l'Autore dalla storia dal 1550 in avanti, mostrando come se da quasi tutti sui casi di ferite od operazioni in soggetti sifilitici si facesse molto calcolo di questa affezione generale e si cercasse di contrabilanciarne gli effetti col mezzo di appropriate cure, pure ve ne furono altri del parere contrario e fra gli altri cita il Zeissl ed il Thoman. Causa di tali divergenze sarebbero le idee sul dualismo di Ricord e di Bassereau.

Fatta la storia, l'Autore espone 66 osservazioni, sulle quali è studiato il rapporto della sifilide colle lesioni traumatiche, se queste ne vengono influenzate ed in quale maniera, e se le lesioni a loro volta possono avere qualche influenza sul decorso della sifilide.

Le conclusioni, a cui giunge l'Autore, sono le seguenti:

1. Negli ammalati affetti da sifilide grave oppure che in una sifilide ordinaria non abbiano ancora fatta una cura specifica, oppure che questa sia stata insufficiente, le lesioni traumatiche possono presentare un aspetto particolare, o seguire un andamento anormale.

2. Esse presentano i caratteri suddetti tanto subito dopo la ferita, quanto alcuni giorni dopo, od anche alcune settimane o mesi più avanti.

3. Questo aspetto varia: alcune volte la piaga diventa un vero sifiloma, altre si esulcera senza aver l'apparenza sifilitica e non guarisce; finalmente senza ulcerarsi non cicatrizza o, se lo fa, questo succede con molta lentezza.

4. Se al momento della lesione traumatica vi sono manifestazioni sifilitiche, l'aspetto che questa prende è simile a quello, che hanno le sifilidi al loro esordire.

5. Allorchè mancano manifestazioni sifilitiche, la piaga prende in genere l'aspetto di una manifestazione tardiva del periodo secondario e più particolarmente di rupia sifilitica.

6. Un trauma che agisca sui sifilitici, in cui la sifilide è latente, può provocarne ad un epoca più o meno lontana degli accidenti, sia sulla stessa regione, o in un altra più o meno lontana, o sul generale dell'individuo.

7. Questi accidenti sono provocati tanto nel periodo terziario che nel secondario.

8. La sifilide può localizzarsi in una regione, che prima sia stata la sede di una lesione traumatica.

9. L'accidente sifilitico potrà in tal caso essere o un' ulcerazione, che distruggerà la cicatrice, od un tumore, che avrà l'andamento ordinario delle gomme.

10. Una volta sviluppate le sifilidi traumatiche, hanno per lo più gli stessi caratteri e guariscono colla stessa cura delle sifilidi naturali e spontanee.

11. In certi casi le complicazioni delle piaghe sembrano aver avuto per causa determinante la sifilide.

12. Queste complicazioni hanno per sè stesse potuto provocare manifestazioni sifilitiche.

13. Nell' esordire la natura specifica delle sifilidi traumatiche e delle complicazioni delle piaghe è assai difficile a riconoscersi, perchè non vi sono quasi sempre segni sufficienti; ma quando una piaga prenderà un' apparenza ulcerosa o andrà per le lunghe senza causa apprezzabile e senza presentare i caratteri conosciuti di un' altra diatesi, si dovrà pensare alla sifilide e curarla cogli specifici.

14. Prima di praticare un'operazione chirurgica, che non sia urgente, e particolarmente se è di autoplastica e se il soggetto poco tempo prima ha presentato sintomi di sifilide costituzionale, sarà prudenza amministrare in prevenzione o mercurio o ioduro di potassio.

15. Se questa operazione non ha felice esito una prima volta, si aspetterà ancora un certo spazio di tempo, e quindi si sottoporrà l'ammalato alla cura specifica, e si ricorrerà all'operazione solamente dopo 6 mesi almeno, quando siano dissipati tutti gli accidenti.

Contribuzione all'anatomia delle papule sifilitiche delle parti genitali; del dott. Vajda. (*Revue des scienc. med.* Avril 1876).

Dagli studii fatti dall'Autore sulle papule mucose ipertrofiche tolte dal vivo risulta, che il processo morboso di queste neoformazioni consiste in una proliferazione di nodi e di nucleoli, ed anche in una proliferazione di cellule.

Le parti più profonde del corpo mucoso del Malpighi, che si insinuano fra le papille, sono la sede di diverse alterazioni.

Nei punti meno alterati il nodo delle cellule si distingue per un contorno netto ed il nucleolo è egualmente molto marcato; si trova qualche nodo contenente due nucleoli. In altri punti oltre a questi nucleoli intra-nucleari si vedono dei corpuscoli affatto somiglianti situati negli intestizi delle cellule, corpuscoli che l' Autore crede nodi segmentati. I nucleoli liberi o intra-nucleolari si accumulano in certi punti e ivi formano masse granulose, mentre gli stessi nodi aumentano in numero.

In certe preparazioni si vedono le cellule del corpo mucoso del Malpighi circondate come da una corona dei corpuscoli sumentovati; attorno a questi corpuscoli si distinguono in certi punti i contorni di una vera cellula, di maniera che le cellule antiche del corpo mucoso stanno come dentro ad una reticella di cellule giovani.

Dietro l'esame dello strato dermo-papillare l'Autore potè stabilire: 1.° Una proliferazione delle cellule. 2.° Una certa alterazione dei vasi. Lo strato endoteliale di un certo numero di vasi presenta in certi punti un gonfiamento considerevole in maniera da far comparire obbliterato il lume dei vasi stessi.

Contribuzione alla istologia patologica della sifilide costituzionale ed allo studio della genesi delle cellule giganti; del dott. Colomiatti. (*Gazzetta delle Cliniche di Torino*, 1875 N. 33).

Già Bizzozzero, Köster e Griffini parlarono di noduli tubercolari completi nelle sifilidi specialmente cutanee, siano esse primarie, secondarie o terziarie, l'Autore però vede in questo o una coesistenza di due morbi, o la giustificazione del dubbio, se la sifilide e la tubercolosi siano in quanto alla loro manifestazione di queste due malattie identiche. Egli vide in un caso di un sifilitico le glandole linfatiche crurali ed inguinali contenenti nodi affatto distinti dai tubercolari. Questi consistevano in cellule grosse circa due volte di più delle ordinarie del reticolo malpighiano e composte di protoplasma molto abbondante e granuloso, ma finamente e di uno o due nuclei piccoli e cellule fra di loro rotondeggianti e munite qualche volta di prolungamenti, e schiacciàte nelle maglie di un reticolo grossolano formato da fibre riunite in fasci e candelette continuantesi esternamente con una capsula sclerosata che circondava i nodi medesimi, ed al centro altre cellule un poco più piccole in preda a degenerazione granulo-grassosa avanzata.

Altro induramento principalmente per aumento considerevole del connettivo interlobulare contenente molte cellule giganti munite di parecchi prolungamenti, il più spesso molto pigmentati. Attorno a queste non trovò mai cellule epiteliali e poche cellule rotonde circondate dalla sostanza intercellulare di apparenza ialina debolmente striata verso le pareti dei minimi bronchi.

Conchiude infine dopo aver studiate altre forme intermedie che le cellule giganti non sono altro che stadii avanzati di ingrandimento di quelle del connettivo interlobulare ipertrofico ed indurato.

Della dilatazione mediata; nuovo modo di dilatazione lenta e progressiva applicato alla cura degli stringimenti dell'uretra; del dottore Ed. Langlebert. (*Paris* 1876).

Lo scopo dell'Autore è quello di far conoscere un nuovo modo di cura degli stringimenti d'uretra, destinato a realizzare un progresso sui diversi processi attualmente impiegati. Prima però di venire a descrivere il suo processo raccomanda di esplorare l'uretra tutte le volte, che si ha a fare con una blennorragia cronica, perchè moltissime volte questo scolo è sostenuto dal principiare di uno stringimento, sebbene l'ammalato non appalesi ancora alcuno dei sintomi di questo postumo.

Ora a questo grado incipiente degli stringimenti, cioè a quelli anche antichi, ma rimasti di consistenza molle, facilmente dilatabili ed ancora abbastanza larghi per lasciar passare una tenta del N. 10 o 11 della fi-

liera Charriere, conviene un sol modo di cura cioè la dilatazione lenta e progressiva. Ma siccome questa ha degli inconvenienti, cioè di non praticare sufficiente pressione laterale sullo stringimento, di essere troppo dolorosa, e di produrre talvolta delle perdite di sangue, così Langlebert propone la dilatazione mediata.

Ecco come l'opera:

Istrumenti. — 1° Una serie di tente in gomma cave non differenti dalle ordinarie a oliva, che denno avere una fessura longitudinale dal foro d'entrata fino a 10 centimetri dall'estremità vescicale. 2° Una eguale serie di stiletti o *dilatatori* di osso di balena sottile terminanti in un'oliva della lunghezza di 3 centim. Le tente e gli stiletti sono graduati per millimetri dal N. 10 al 22 della filiera Charriere, e le due olive che terminano ciascun stiletto sono di grossezza differenti, l'uno avanzando l'altro di un millimetro.

Manualità operatoria. — Dopo di aver conosciuto lo stringimento, il suo diametro e misurata la sua lunghezza e la sua distanza dal meato, si prende una tenta conduttrice e vi si introduce uno stiletto che abbia colla oliva ad allargare la fessura longitudinale di 1, 2 o 3 millimetri secondo la dilatazione che si desidera, indi si introduce dolcemente la tenta nell'uretra in maniera che la fessura longitudinale sia diretta in alto, fino a che il rigonfiamento incontri lo stringimento. Allora si prende fra il pollice e l'indice sinistro la tenta che restò fuori e coll'altra mano si spinge lentissimamente lo stilletto in maniera di farne avanzare l'oliva senza scosse fino allo stringimento. Si ferma il tutto per due o tre minuti od anche più, indi si fa passare l'oliva dallo stringimento, ma colla massima lentezza, e dopo si ritira insieme od anche separatamente la tenta e lo stiletto. Si lasciano trascorrere 2 o 3 giorni secondo i casi, e poi si rifà la stessa operazione con tenta e stilletto più grosso.

Questo metodo secondo l'Autore ha i vantaggi: 1° Di sopprimere il dolore e gli accidenti a questo consecutivi; 2° di rendere l'operazione più facile e più pronta; 3° di abbreviare la durata della cura.

Delle iniezioni parenchimatose; nuovo sistema di cura dei bubboni sifilitici; del dott. F. Jaknbowitz. (*Wiener medicin. Presse*, januar. 1875).

Il dott. Jaknbowitz adopera per iniezione nella cura dei bubboni sifilitici la seguente formola:

Ioduro di potassio, goccie 15;
Tintura di iodio, goccie 5;
Acqua, grammi 30.

L'adoperò in due casi con esito favorevole. Nell'operare ha riguardo di pungere il punto più prominente del parenchima del tumore, che generalmente corrisponde alla metà della glandola. Con questo mezzo l'Autore crede di ottenere una *regressione fisiologica.*

Ricerche sul latte di donne curate colle frizioni (mercuriali); del dottore O. Kahler. (*Vierteljahresschr. fur dermatolog. und Syphilis* 11 *jahrgaug.* 1875 *Zeit.* 39, *heft.* 3).

Al dott. Kahler occorse di osservare tre nutrici sifilitiche trattate colle frizioni mercuriali senza poter scoprire nel loro latte la minima quantità di mercurio.

Egli da ciò ne trae che perchè il mercurio passi nel latte bisogna che l'individuo ne sia saturo e che abbia avuto sintomi di idrargirosi.

Conclude quindi essere inutile amministrare questo metallo alle nutrici per curare i poppanti sifilitici.

Del ioduro di ammonio, e del suo impiego nella sifilide e nella scrofola; del dott. V. Druhen, (*Revue des sciences med. janvier* 1876).

L'Autore crede che al ioduro di potassio possa essere con più vantaggio sostituito il ioduro di ammonio, il quale è più attivo, di azione più rapida e non da luogo ai sintomi di iodismo.

Le dosi da darsi devono essere un poco più deboli di quelle del ioduro di potassio.

L'iodoformio ed il suo uso terapeutico; del dott. L. Lazzausky. (*Giornale It. delle malattie veneree e della pelle*, 1875).

Il dott. Lazzausky, assistente alla clinica del prof. Pick di Praga, espone le esperienze ivi fatte col iodoformio.

I casi trattati tanto coll'uso interno che esterno di questo farmaco sono:

1° 22 casi di ulcero sifilitico: cura esterna, colla durata media di 14 giorni, la più breve di 2 la più lunga di 35.

2° 13 casi di ulcerazioni consecutive ai bubboni, colla durata media di cura di giorni 22,3, più corta di giorni 6, più lunga di 42;

3° 10 casi di papule secernenti ed esulcerate. Durata media della cura 13,4 giorni;

4° 2 casi di ulcerazioni consecutive alla gomma cutanea, di cui uno guarì dopo mesi 4 1[2, e l'altro dopo 15 giorni;

5° 20 casi di lue costituzionale senza ulcerazione cutanea. Quì fu dato il rimedio per uso interno in sostituzione del ioduro di potassio e sempre colla massima tolleranza ed assoluto profitto;

6° 11 casi di ulceri delle gambe; esclusa però la sifilide, con piena guarigione.

Le forme del iodoformio usate esternamente nella pratica furono in polvere, in sospensione (10 parti di iodoformio, e 10 di alcool rettificato in 30 di glicerina) ed in soluzione eterea del Pick (1 : 15).

Internamente fu dato in pillole fino alla dose di 1 grammo diviso in sei od otto.

Già il Gamberini lo aveva usato nelle ragadi dell'ano, nelle ulceri molli e nei bubboni ulcerati in polvere, colla glicerina e coll'unguento rosato.

Dell' essenza di Sautal, suoi vantaggi contro la blennorragia e suo miglior metodo di amministrazione; del dott. Nirgon. (*Gaz. des Hopitaux*, 7 dicembre 1875).

Nel 1750 Rumphius di Olanda pel primo riconobbe nel Sautal una virtù antiblennorragica, dopo fu dimenticato, finchè l' Henderson ne usò la polvere, e poi il Pavas l'adoperò sotto forma di essenza Usata dopo da Simmout e Caudmont fu portata al rango dei più sicuri antiblennorragici, come il copaive ed il cubebe, dal prof. Gubler, il quale la adoperò in moltissimi casi, mescolata anche agli altri balsamici già conosciuti. Mathus-Caylus ne preparò delle capsule glutinose, che sono forse il miglior mezzo di usare questo farmaco,

Sulla cura delle ulceri veneree; del dott. Simmons. (*Medic. Ricord*, 1875).

L'Autore nella cura delle ulceri veneree complicate da fagedenismo e gangrena ottenne splendidi risultati coll'uso dell'immersione nell'acqua calda continuata, adoperando un bagno a semicupio. L'Autore crede che l'acqua allontanando e diluendo il detritus della materia corrotta, od anche stimolando col calore i capillari, arresti il processo distruttivo, ed è perciò che ottenne cure splendide e prontissime.

Delle injezioni mercuriali sottocutanee; del dott. Carlo G. Cullingworth di Manchester. (*Revue des scienc. med. janvier* 1875).

L'Autore adopera il mercurio sotto la formola seguente:

Bicianuro di mercurio, 0,72.

Glicerina pura, 16.

Acqua distillata, 120.

Ciascuna mattina od anche più volte nella giornata l' Autore inietta 10 goccie della soluzione citata.

Il sito dell'iniezione è o al braccio o fra la spina e l'angolo inferiore dell'omoplata.

Adopera il bicianuro di mercurio perchè è meno irritante di tutte le altre preparazioni idrargiriche.

Dalle sue osservazioni Cullingworth crede di assegnare a questo metodo di cura i seguenti vantaggi:

1° Certezza e rapidità della scomparsa dei sintomi;

2° Esiguità della dose del mercurio;

3° Esatta misura della dose stessa;

4° Sicurezza contro la negligenza dell' ammalato ad eseguire le prescrizioni;

5° Assenza di ogni irritazione gastrica ed intestinale;

6° Economia per l'assistenza ospitaliera;

7° Soppressione della pubblicità necessaria alla cura coi bagni;

8° Facoltà di esercitare un'influenza rapida sull' organismo in certe gravi complicazioni.

Esperimenti sull'azione dell'acido salicilico; del dott. Antonio Fienga. (*Revue des sciences med.* ottobre 1875).

Il dott. Fienga, avendo constatato che l' acido salicilico è dotato di

un'azione antiputrida, lo usò in cinque casi di blennorragie inveterate e nelle quali erano stati inutili gli ordinari mezzi, e ne ebbe buon successo. Il modo di adoperarlo fu quello delle iniezioni fatte due volte al giorno. Curò pure colla soluzione di questo sale un' ulcera semplice, profonda e larga 2 centimetri, la quale guarì in 11 giorni.

RIVISTA DI TERAPEUTICA E DI FARMACOLOGIA

ITALIANA E STRANIERA

del dott. G. B. SORESINA

Rivista italiana.

Tassinari — *Sull'apomorfina. — Osservazioni ed esperimenti fatti nella Scuola e Laboratorio di Materia medica e Farmacologia sperimentale della R. Università di Pavia.*

Mosso — *Sull'azione del tartaro stibiato.*

Celli — *Alcune osservazioni sperimentali intorno all'azione dell'acido salicilico.*

Tizzoni e Fogliata — *Dell' anestesia per le injezioni intravenose del cloralio.*

Curci — *Azione dell'argento sul sistema nervoso e muscolare. Studi sperimentali.*

Albertoni e Ciotto — *Sulle vie di eliminazione e di azione elettiva della chinina. Considerazioni sperimentali.*

Chirone — *Studii sperimentali sull'azione fisiologica della ciclamina.*

Bonfigli — *Sulla cura della diarrea vaso-paralitica dei cachettici.*

Ranieri Bellini — *Di un medicamento da introdursi nella terapeutica tossicologica.*

Levi — *Della segale cornuta in ostetricia. Nuove ricerche.*

Ponza — *Cura della pazzia e di altre nevrosi colla luce colorata.*

Ronchi e Salvioli — *Studio critico sperimentale intorno ad alcune particolarità dell'azione fisiologica dell'alcool.*

Tebaldi — *Del nitrito d'amile, azione ed usi in medicina e specialmente nelle malattie mentali.*

Frigerio — *Intorno alla cura dell'epilessia colle injezioni ipodermiche di bromuro di potassio.*

Tedoldi — *Osservazioni pratiche sull' angina difterica dominante in Bagnolo S. Vito negli anni 1875-76.*

Occhini — *L'ammoniaca antidoto del cloroformio.*
Bonalumi — *Injezioni parenchimatose di tintura d'iodio nei tumori ghiandolari.*
Lombroso — *Cura esterna dei cloasmi ed eczemi coll'olio rosso di mais guasto.*
Cavazzani — *Etere canforato nell'erisipola.*
Spampinati — *Delle injezioni di percloruro di ferro nel sacco lagrimale come mezzo curativo della dilatazione del sacco stesso.*
Cantani — *Il petrolio nella tigna favosa.*
Pavesi — *Solfito sodico-salicilico-cloraliato, ossia balsamo antizimotico.*
Amoroso — *Del metodo più utile di amministrare i sali di chinina nelle febbri da malaria.*
Bergonzini — *Apertura degli ascessi senza dolore.*
Ferretti — *L'estratto alcoolico di noce vomica nella cura delle malattie nervose.*
Fera — *Uso del solfato di ferro nell'angina difterica.*
Vanzetti — *Recenti applicazioni terapeutiche nell'ottalmojatria.*
Tizzoni — *Sull'azione locale dell'idrato di cloralio, e sua applicazione in alcune malattie chirurgiche esterne e nelle medicature in generale.*
Losana — *Singhiozzo isterico.*

Rivista straniera.

Husemann — *Contribuzione sull'azione della scilla.*
Moell — *L'acido salicilico ed il salicilicato di soda come antifebbrile.*
Wollfberg — *L'acido salicilico come antipiretico.*
Vilheim — *Dell' influenza del nitrito d'amile sulla tonicità vascolare ed i battiti del cuore.*
Samelsohn — *Effetti fisiologici e terapeutici del nitrito d'amile.*
Stoerk — *Comunicazioni sull'asma bronchiale e sulla cura meccanica delle affezioni polmonari, con appendice sulla tosse provocata da azioni di stimolo.*
Otto — *Degli effetti fisiologici della digitalina.*
Stricker — *Sui risultati della cura della poliartrite reumatica coll'acido salicilico.*
Heller — *Cura del reumatismo coll'ammoniaca.*
Frankel — *Cura degli spasmi uterini durante e dopo il parto.*
Svetlin — *Cura del nistagmo colle correnti costanti.*
Fleischmann — *Sul valore terapeutico dei vomitivi nel crup.*
Steinbrück — *Sulla cura della tubercolosi.*
Offenberg — *Caso d'idrofobia curata col woorara (curaro).*
Heyfelder — *Risipola; alcool canforato all'interno.*
Gaz. méd. de Strasbourg — *Balsamo di Gurgun.*
Dyer — *Reumatismo articolare acuto e sua cura.*
Mendel — *Terapia dell'intermittente larvata.*

Wilson Fox — *Cura della leucoemia splenica col fosforo.*
Brakenridge — *Il solfato di chinina per gargarismo.*
Mills — *Uso terapeutico dell'ossalato di cerio.*
Pepper — *Dell'anemia progressiva perniciosa.*
Madison — *Impiego dell'acido solforico nella cura dei furoncoli.*
Duncan — *Apomorfina; vomitivo pei bambini.*
Mackensie — *Cura degli ingorghi glandulari colle injezioni d' acido acetico.*
Keetley — *Cura dell'epistassi.*
Priestly Platt — *L'azione fisiologica del vanadio.*
Griffiths — *Della cura arsenicale.*
Sickness — *Nitrito d'amile contro il mal di mare.*
Espt, King, Coe, ecc. — *Il geranium maculatum.*
Maclagan — *Buoni effetti della salicina nel reumatismo acuto.*
Evers — *Calastrus paniculata.*
Blanchar — *Ipecacuana nell'emottisi dichiarata.*
Copeman — *Carciofo nella cura del reumatismo articolare.*
Shortt e Dymok — *Clitorea Fernatea.*
Braunsley — *Gentio.*
Brown — *Convulsioni e modo di arrestarle.*
Wators, Gaddesden e Patin — *Cura del vajuolo colla soppressione della luce solare.*
Knaggs — *Arnica nella cura dell'orchite.*
Brakenridge — *Scarlattina e solfofenato.*
Dupuy — *Crescione (nasturtium aquaticum) succo concentrato.*
Grzymala — *Xanthium spinosum nella cura dell'idrofobia.*
Prestat — *Mylabris interrupta, succedanea della cantaride.*
Lequesne e Grosset — *Idrotorace; cura coll'jaborandi.*
Chouppe — *Ipecacuana nella diarrea e nei sudori dei tisici.*
Pietrasanta — *Sale marino.*
Lisle — *Pane all'acqua di mare.*
Boussingault — *Del pane di glutine e degli alimenti feculenti nel regime dei glicosurici.*
Fano — *Uso della daturina come midriatico.*
Blanche — *Del narciso dei prati come vomitivo.*
Vigier — *Fosfuro di zinco.*
Vibert — *L'anemia grave curata colle injezioni sottocutanee di morfina.*
Clément — *Uso del gelsemium sempervirens come antinevralgico.*
Tarnier — *Del regime latteo nell'albuminuria delle donne gravide.*
Duquesnel — *Preparazione di cilindri al tannino, all' allume, all' ossido di zinco.*
Blachez — *Cura delle convulsioni dei bambini.*
Gubler — *La picrotoxina.*
Paris Médical — *Olio di ricino; formola per facilitarne la somministrazione.*

Cordier — *Del catarro dell'orecchio causato dal morbillo e della sua cura.*
Thiernesse e Casse — *L'ossigeno come antidoto del fosforo.*
Revue de Thérap. méd. chirurg. — *Emicrania inveterata. — Uso dei confetti arsenico-bromati.*
Tribune Médic. — *Emicrania; cura preventiva.*
Wannebroucq — *Enterite interstiziale.*
Deshayes — *Febbre tifoidea; cura coll'aconito.*
L'Explorateur — *Il Carnauba.*
Batley — *Calomelano; nuovo modo d'ammenistrarlo.*
Roger — *Della puntura del pericardio.*
Charcot — *Cura della vertigine di Ménière col solfato di chinina.*
Blanche — *Protossido d'azoto.*
Andrews — *Dei pericoli di confronto fra l'anestesia parodotta dall'etere, dal cloroformio e dal protossido d'azoto.*
Tesi di Parigi — *Ailan ghiandulosa* (*Verme del Giappone*).
Heckel — *Bankeul.*
Foltz — *Clisteri freddi, loro azione fisiologica e loro uso terapeutico.*

Sull'apomorfina. — *Osservazioni ed esperimenti fatti nella Scuola e Laboratorio di Materia medica e Farmacologia sperimentale della R. Università di Pavia diretta del prof. Corradi.* — Nota di Gabriele Goffredo Tassinari, assistente alla Scuola medesima. (*Annali Univ. di med. e chirurgia*, dicembre 1875, p. 385).

Pigliando occasione da un articolo, che riporta, pubblicato da Oberlin nel *Journ. de Pharmac. et de Chimie*, febbraio 1875, l'Autore espone alcune osservazioni ed esperienze fatte sull'apomorfina nella Scuola e nel Laboratorio di Materia medica e Farmacologia sperimentale dell'Università di Pavia, diretta dal chiar. prof. A. Corradi.

Le prime osservazioni ed esperienze fatte sulle alterazioni che, secondo l'Oberlin, subirebbe la soluzione d'apomorfina esposta per qualche tempo al contatto dell'aria, la quale non solo, a suo avviso, ne modificherebbe la costituzione, comunicandole un colore verde ed accrescendone il peso, ma la renderebbe inoltre inefficace agli usi terapeutici, costrinsero invece i nostri sperimentatori a conclusioni onninamente opposte.

L'aumento del peso, stando alle loro esperienze, che può salire fino al 6 per 100, ed il cambiamento di colore che subisce la soluzione d'apomorfina da bigio a verde, spiegabile coll'assorbimento dell'ossigeno dell'aria, non altererebbero nè punto nè poco l'azione terapeutica del farmaco, come vorrebbe Oberlin. Risulta, infatti, dalle dette esperienze, come non solo una soluzione che durava da 11 giorni (1 centigr. per cent. cub.) provocò prontamente il vomito, ma la stessa soluzione conservata in tubetto di vetro malamente chiuso, per un intero anno, ed

iniettata alla dose di 1 centigrammo, si trovò ancora efficace, sebbene fosse già ridotta allo stato di polvere cristallina di colore verde fosco. Di un campione, inoltre, della fabbrica Thiboumery e Dubosc di Parigi, in forma di polvere cristallina di color grigio, lasciatane nel laboratorio una soluzione liberamente al contatto dell'aria per una settimana, quantunque cupamente inverdita, si mostrò ancora atta a produrre il vomito dopo tre minuti, alla dose di 5 milligrammi, in un cane del peso di 12 chilogrammi. Restò pure sempre attiva la facoltà emetica dell' apomorfina tenuta a contatto alla saliva per lo spazio di 24 ore. Nota anzi il Tassinari, come l'apomorfina verde (o maggiormente ossidata), sia molto più solubile dell'altra tuttora bigia, per cui 20 centigr. della prima si sciolgono benissimo in un grammo d'acqua, mentre della seconda, o grigia, per un eguale quantità, ne abbisognano cinque. Nota inoltre, come dalli sperimenti eseguiti nel laboratorio risulti, che l'apomorfina non ha azione irritante, non essendosi, mai verificato, al punto dell' iniezione, segno di patita irritazione, e come nessuna molestia induca nel tubo gastro-enterico, purchè la dose non ecceda quella necessaria per destare il vomito; in dose maggiore produce invece diarrea e perdita d'appetito; non però mai il flusso sanguigno accennato dai dottori Choyne e Budin. La virtù di non venire mai meno coll' uso, assegnatale da Siebert, non fu verificata dalli sperimenti nel laboratorio Corradi, mentre constatarono invece che quanto più si prolungava l' esperimento alla medesima dose, succedeva bensì il vomito, ma abbisognava di un tempo progressivamente più lungo per ottenerlo.

Accennato dal Tassinari il modo di comportarsi della soluzione di apomorfina coi diversi reattivi, nella indagine analitica (acido nitrico, bicarbonato di soda, nitrato d'argento, cloruro di ferro, ferrocianuro di potassio, cloruro di platino, ioduro di potassio, acqua di cloro), parla successivamente degli effetti prodotti dell' apomorfina somministrata ad alte dosi. In due esperimenti fatti nel laboratorio sul medesimo cane (con quattro giorni d'intervallo), iniettando sotto la pelle 20 centigrammi per volta d'apomorfina, hanno notato succedere sempre vomito copioso e ripetuto fin tre o quattro volte, nello stesso modo che avviene colle iniezioni delle minori e consuete dosi; e ciò in opposizione di quanto afferma Quehl, che a quella dose l' apomorfina nei cani non produce vomito, ma stupore. Hanno osservato i nostri sperimentatori, l'irresistibile tendenza al moto che sorge nell' animale dopo di aver vomitato e di aver giaciuto da mezza a tre quarti d' ora come assopito, ed il movimento rotatorio da destra a sinistra da cui viene preso. Quale sia poi la parte dei centri nervosi, a cui l' apomorfina dirige la propria azione per destare i detti movimenti rotatori, i nostri sperimentatori non credettero fosse il caso di occuparsene in questa Nota destinata a riferire osservazioni e sperimenti; accontentandosi di ricordare come nei cani manchi il roteamento quando la dose dell'apomorfina sia minore, e come una volta anche mancò con 20 centigrammi, mentre invece si manifesta

sempre, purchè la quantità non sia troppo tenue, l'irresistibile impulso a muoversi e camminare.

Finalmente, nei parecchi sperimenti praticati nel laboratorio sui cani durante l'anestesia indotta dal cloroformio iniettato sotto la pelle, non ottennero mai il vomito, quando l'anestesia era perfetta; tutt'al più apparve qualche indizio di conato al recere nei ripetuti movimenti di deglutizione, in un po' di bava e nei borborigmi. Neppure allo svegliarsi l'animale vomitava, e le funzioni intestinali non apparivano turbate che per le maggiori evacuazioni pultacee ed anche liquide, ma non mai sanguigne. I dottori Choyne e Budin, all'opposto, asseriscono di aver veduto vomitare dei cani quantunque profondamente assopiti; se non che, per avere simile effetto occorreva non solamente elevare la dose (4-5 centigrammi), ma un tempo assai maggiore del consueto, e cioè un quarto d'ora e più dall'iniezione.

Sull'azione del tartaro stibiato; del dott. Angelo Mosso. — Ricerche fatte nel laboratorio fisiologico dell'Istituto degli studi superiori di Firenze. — (*Lo Sperimentale* N. 12, 1875).

I. *Azione dell'emetico a piccole dosi.*

Generalmente viene ritenuto, che i farmaci iniettati nelle vene e sotto la pelle, agiscano con maggiore prontezza ed energia di quando sono ingeriti nello stomaco. Le ricerche fatte dall'Autore per quanto riguarda l'azione vomitiva, smentiscono questa legge e dimostrano, che l'emetico agisce perfettamente in senso contrario. Tre o quattro centigrammi di emetico, infatti, amministrati per bocca ad un cane, hanno bastato in queste ricerche ad eccitare il vomito, mentre la medesima quantità injetta nelle vene non produsse l'effetto; ad ottenere il quale fu d'uopo iniettarne tutto ad un tratto 20 a 25 centigrammi. Niuna influenza hanno sulla attività più o meno grande dell'azione vomitiva del tartaro stibiato, nè lo stato di vacuità o di pienezza dello stomaco, nè la secrezione acida o neutra della mucosa stomacale.

Una serie di ricerche istituite dall'Autore lo condussero ad ammettere, che l'emetico produce il vomito in due differenti modi: od irritando le ramificazioni terminali del vago, e per queste bastano piccole quantità di emetico introdotte direttamente nello stomaco; od eccitando i centri nervosi per mezzo di un inquinamento generale del sangue. Se questa teoria è vera, in un cane, che abbia i vaghi tagliati, l'emetico deve produrre gli stessi effetti tanto quando è iniettato nelle vene, come quando viene introdotto nello stomaco, perchè in tutti e due i casi non può agire che per assorbimento ed irritazione centrale.

A verificare questo fatto, l'Autore ricorse al taglio sottodiaframmatico delle ramificazioni terminali dei vaghi in due piccoli cani giovani, e dopo 8 giorni, avendo somministrato a ciascuno 4 centigrammi di emetico sciolto in acqua, non ottenne alcun segno di vomito; solo ammini-

strandone il giorno dopo, ad uno 8 ed all'altro 10 centigrammi, ebbero leggera vomiturizione senza vomito completo. Se il concetto formatosi dall'Autore è vero, l'iniezione dell'emetico nel sangue, alle dosi volute, deve bastare per sè ad eccitare il centro, da cui dipendono i movimenti del vomito. Le ricerche infatti dimostrarono la verità di questo ragionamento. Iniettato l'emetico nelle vene alla dose di 15 a 20 centigrammi, si produsse il vomito nei primi 4 o 5 minuti. Nello stomaco, qualunque sia la dose in cui si amministra l'emetico, non si producono generalmente con eguale prontezza fenomeni corrispondenti.

II. *Azione dell'emetico a dosi elevate.*

Nella seconda parte l'Autore parla dell'influenza dell'emetico sul cuore. Le esperienze fatte con forti dosi di emetico sopra animali non curarizzati dimostrano, che appena fatta l'iniezione nelle vene il polso conserva per qualche tempo il suo ritmo e la sua frequenza; poi si accelera e la pressione va lentamente diminuendo. Più tardi il polso diventa irregolare e presenta di quando in quando forti rallentamenti, che corrispondono generalmente ad accessi di convulsioni, che hanno tutta l'apparenza di insulti epilettici con movimenti spasmodici dei muscoli della faccia. Questo rallentamento dei battiti cardiaci avendo tutto l'aspetto di una forte irritazione dei vaghi, provò l'Autore a tagliare questi nervi al collo durante un accesso, ed il polso non solamente diventò ad un tratto più rapido, ma conservò quasi la medesima regolarità e frequenza fino alla fine.

Altre sperienze praticate dall'Autore dimostrarono come, realmente sia a mezzo dei nervi vaghi, che l'emetico esercita la sua influenza sul cuore. E siccome è noto dalla fisiologia, che l'atropina distrugge l'azione dei vaghi sul cuore, perciò con nuove sperienze fatte sugli animali atropinizzati e successivamente avvelenati dall'emetico, provò come non avvenisse alcuna modificazione nei battiti cardiaci, ed il polso conservasse fino alla morte il suo ritmo regolare, quantunque diventasse sempre più debole.

III. *Influenza del vago sopra l'iperemia dello stomaco nell'avvelenamento per tartaro emetico.*

All'autopsia di animali morti per l'avvelenamento col tartaro stibiato, si riscontrano d'ordinario i visceri addominali, mucosa stomacale, duodeno, fegato molto congestionati, con tinta violacea o di feccia di vino, e le cavità dello stomaco e degli intestini contengono quantità di muco e di liquido sieroso. L'Autore è d'avviso, che tali fenomeni di congestione e di ipersecrezione non siano il risultato dell'azione irritante esercitata dal tartaro emetico direttamente sopra di quella località, ma bensì dell'irritazione dei filetti vaso-dilatatori dei pneumogastrici. Infatti convalidano il pensiero dell'Autore le esperienze da esso intraprese, le quali

chiaramente mostrano, che la recisione di rami stomacali di quel nervo basta ad impedire l'iperemia, che si produce per l'azione dell'emetico.

Alcune osservazioni sperimentali intorno all'azione dell' acido salicilico ; pel dott. Bonav. Celli. (*Morgagni*, settembre 1875).

Sono otto diligenti sperienza fatte dal Celli nello scopo di studiare l'azione dell'acido salicilico, contro la decomposizione della sostanza organica, già accennata da altri autori. Le orine, il catarro vescicale e le secrezioni delle vie respiratorie furono i materiali, sui quali hanno versato tali sperienze.

Innanzi tutto una certa quantità d'orina fu divisa in tre parti eguali: in una furono aggiunte 40 goccie d' acqua distillata; in altra 20 centigrammi d'acido acetico con 40 goccie d'acqua distillata; nell'ultima, 20 centigrammi d'acido salicilico parimenti su 40 goccie d'acqua distillata. I tre vasi vennero esposti all'azione dell'aria in una sala dell'ospedale.

L'orina mista all'acqua sola nelle prime 24 ore presentò un aspetto limpido, una reazione acida, non bacteri. Dopo 48 ore, aspetto torbido, neutra, bacteri innumerevoli, deposito di fosfati.

L'orina coll'acido acetico nelle prime 24 ore presentò: aspetto limpido, grande reazione acida, bacteri assenti. Dopo 48 ore mostrò gli stessi caratteri e grande deposito d'acido urico libero. Fino al 10° giorno quest'orina conservò le stesse proprietà. Per 4 giorni non si fece più osservazione, ed il 15° giorno si vide alla superficie del liquido una specie di pellicola formata da spore senz'alcun bacterio. Al 19° giorno la reazione era debolmente acida ed oltre le spore si vedevano parecchi bacteri.

Nell'orina coll'acido salicilico, nelle prime 24 ore si ebbe reazione molto acida, aspetto limpido, non bacteri. Dopo 48 ore, piccolo deposito di acido urico. Nei giorni successivi, fino al 19°, nè spore, nè bacteri.

Da questi sperimenti risulta chiaro, dice l'Autore, come l'acido salicilico abbia un potere molto energico nell' impedire la decomposizione delle sostanze organiche delle orine.

Stando la grande facoltà, soggiunge egli, con cui questo rimedio si espelle colle orine, e la sua proprietà d'impedire la decomposizione della sostanze organiche, esso dovrebbe riuscire molto efficace ed utile in terapia nei casi, nei quali le orine subiscono una decomposizione.

Le esperienze, portate successivamente e sul catarro vescicale, e sulle secrezioni delle vie respiratorie, confirmarono quelle fatte sulle orine, sebbene in modo meno energico.

Da tali risultati conchiude l'Autore:

1° L' acido salicilico impedisce la decomposizione delle orine ed in brevissimo tempo fa ad esse ricuperare la proprietà acida, e quindi sarà indicato in tutte le malattie con decomposizione delle orine, specialmente nel catarro della vescica, nella pielite da calcolosi, ecc.

2° L'acido salicilico potrà usarsi utilmente per iniezione nel catarro vaginale con decomposizione del secreto, e per lavacri nelle piaghe icorose.

3º Potrà probabilmente spiegare anche una debole azione contro la decomposizione del secreto delle vie respiratorie, sopratutto se usato per inalazione; ma a questo proposito varrà meno della trementina e dell'acido fenico.

Dell'anestesia per le injezioni intravenose del cloralio; Esperimeti ed osservazioni critiche per i dottori Guido Tizzoni e Giacinto Fogliata. (*Rivista clinica di Bologna*, dicembre 1875).

Gli autori si proposero di esaminare i quesiti seguenti:

1.º È il cloralio un vero anestesico injettato nel sangue?

2.º È questo un processo d'anestesia esente o no da pericoli gravi?

3.º Quali sono questi pericoli?

4.º Quale è l'elemento sul quale agisce il cloralio?

A risolvere i quesiti che si sono proposti, quegli egregi colleghi intrapresero una serie di concludenti esperienze e vennero alle conclusioni seguenti:

1.º Il cloralio injettato nelle vene non è un vero anestetico, ma è un potente ipnotico. La sensibilità cutanea cessa solo a dosi molto forti. La cornea non perde quasi mai tutta la sensibilità.

2.º Questo processo d'anestesia è molto pericoloso: *a*) perchè non si può misurarne l'azione nei singoli individui variabilissima, e frenarne gli effetti se eccessivi; *b*) perchè facilmente dà luogo alla flebite; *c*) perchè bisogna injettare nell'alveo circolatorio una massa non indifferente di acqua; *d*) perchè col liquido può venire injettata anche dell'aria; *e*) perchè a dose eccedente e previamente incalcolabile si ha morte per soffermamennto del cuore in diastole forzata. Il cloralio è un veleno primitivo del cuore.

3.º L'elemento sul quale agisce il cloralio è la fibra muscolare: injettato nel sangue, sotto la cute, o dato per bocca eccita l'estensibilità diastolica della fibra muscolare del cuore; localmente determina contrazione delle fibre muscolari e ferma il cuore in sistole tetanica.

4.º A scopo anestetico non è consigliabile nemmeno l'injezione sottocutanea di cloralio: *a*) perchè dà luogo ad ascessi gangrenosi; *b*) perchè l'assorbimento si fa lentissimo, in causa dello spasmo muscolare della località d'injezione.

5.º Il miglior mezzo antidoto dall'azione del cloralio è la doccia fredda sul capo e sulla spina dorsale; nocive sono a quest'intento le injezioni di stricnina, di chinina, di atropina, di curaro; inutile è il capovolgere l'individuo.

Tali sperimenti dei dottori Tizzoni e Fogliata, eseguiti sopra una scala abbastanza estesa e, da quanto risulta dalla lettura della loro memoria, condotti con una scrupolosa diligenza, mentre avvalorano l'opinione già pronunciata da parecchi altri, contro la pretesa azione anestetica del cloralio patrocinata dal dott. Oré, offrono inoltre un maggiore sviluppo della vera e importantissima azione di questo farmaco sulle fibre muscolari.

Azione dell'argento sul sistema nervoso e muscolare. — Studi sperimentali del dott. Antonio Curci, assistente alla 1.ª Clinica medica di Napoli. (*Lo Sperimentale*, fasc. 12.° 1875).

L'Autore nelle ricerche dell'azione fisiologica dell'argento si è servito del cloruro d'argento sciolto nell'iposolfito di soda: 1 grammo di cloruro d'argento, 3 grammi di iposolfito di soda e 20 grammi di acqua distillata. Di questa soluzione fatta in un mortajo, un grammo di acqua contiene 5 centigrammi di cloruro d'argento.

Essa è di un sapore estremamente dolce e basta una piccola traccia sulla lingua per addolcire tutta la bocca; e se non avesse anche un senso disgustoso metallico nella dietro-bocca potrebbe benissimo servire alle frodi.

La prescrizione dell'argento è comoda ed utile, perchè non ha azione irritante nè sulla pelle, nè sulle mucose, e si può quindi introdurre nell'organismo una grande quantità di questo farmaco, senza che, come il nitrato, irriti, cauterizzi e produca la morte con tutto l'apparato fenomenico del traumatismo intestinale. — Sotto la cute, nel connettivo sottocutaneo si produce una leggiera flogosi ed infiltrazione edematosa.

Dopo alcuni cenni storici su questo metallo ed alcune critiche retrospettive, il dott. Curci compie il suo studio dell'azione fisiologica con una serie di interessanti esperienze (25) praticate su rane, conigli, rospi.

Venendo successivamente al modo, con cui si effettua la morte nei mammiferi sotto l'azione di questo preparato d'argento, ritiene che avvenga per l'annientamento dei centri sensitivi dapprima (morte apparente) e quindi della respirazione, e poco dopo dell'attività del cuore, funzioni importantissime e le più vitali.

Dallo studio dell'azione fisiologica passa a quello delle indicazioni terapeutiche.

Non lo crede utile nelle mieliti, nell'atassia locomotrice; dubbio nella *paralisis agitans*, utilissimo invece nell'epilessia, ecc.

Conclude l'autore che l'argento:

È un potente veleno nervoso.

Agisce sui centri sentitivi e quindi sui cordoni posteriori della midolla spinale.

In un primo periodo di tempo li eccita aumentando l'addolorabilità, esagerando i movimenti riflessi e moltiplicando così le eccitazioni sui gruppi motori, d'onde il tetano e l'aumento della tonicità.

Aumenta l'irritabilità muscolare.

In un secondo periodo, paralizza i detti centri sensitivi ed elettivamente quello respiratorio, come più sensibile e continuamente attivo.

Abolisce quindi qualunque azione riflessa.

Abolisce in seguito a ciò la meccanica respiratoria, la meccanica circolatoria, arrestando il cuore in diastole, e diminuisce la tonicità muscolare.

Produce la morte col sopprimere la respirazione dapprima e la circolazione in seguito.

Come conseguenza di tutto ciò abbiamo potuto stabilire, che la respirazione è una funzione di ordine riflesso ed anche la circolazione.

La tonicità muscolare non si può negare, ed è anch' essa il risultato di un'azione riflessa continua.

E in proposizione generale dobbiamo dire: che tutte le funzioni inconscienti sono l'effetto di una *incitazione centripeta* e di una *eccitazione centrifuga.*

Sulle vie di eliminazione e di azione elettiva della chinina. Considerazioni sperimentali del dott. Pietro Albertoni e del prof. Francesco Ciotto. (*Gazz. Med. Italiana Provincie Venete* N. 12, 1876).

Premesse dagli Autori alcune considerazioni sul processo da seguire per l'isolamento della chinina dai liquidi e dai visceri assoggettati all'esame, e sui reagenti impiegati per conoscerne l'esistenza, divisero le loro interessanti ricerche in quattro parti; cioè: 1° *Se la chinina presa per bocca esca per la bile*; 2° *Se la chinina entrata nel circolo per altre vie diverse da quelle del sistema della vena porta, esca poi colla bile, oppure colla orina;* 3° *Se la chinina presa per bocca esca in parte pel circolo entero-epatico, senza passare per la circolazione generale;* 4° *Quanto tempo la chinina soggiorni nell' organismo, ed in seno a quali visceri si trovi.*

Riguardo al 1° quesito, instituite cinque sperienze, gli autori ne trassero le conclusioni seguenti:

a) Può constatarsi la presenza della chinina nella bile, dalle 2 alle 5 ore dopo la introduzione della medesima nello stomaco (Esp. I, II, III).

b) Questa via di eliminazione della chinina è abbastanza attiva, dacchè esso alcaloide si è trovato in quantità cospicua nella bile a sole due ore dopo l'ingestione, ed anzi dopo l' ingestione di soli 60 centigrammi di chinina (Esp. III). E si avverta che nel cane in 24 ore si producono, in via media, 400 grammi di bile, e noi dovevamo esperire soltanto su pochi grammi di bile (da 9 a 20 grammi), quali ci era dato raccogliere nella cistifellea degli animali immolati.

c) Se talfiata si presenta chinina nella bile a due ore e mezzo dopo la sua ingestione per bocca (Esp. IV, V), ciò non toglie che la via fisiologica di eliminazione ad essa chinina sia ancora sempre la secrezione epatica.

Ciò dimostra solamente che questo processo di secretoria eliminazione è piuttosto lento, essendo appunto la lentezza un carattere anatomo-fisiologico della secrezione biliare, diversamente della rapidità della eliminazione orinaria.

Riguardo al 2° quesito, se cioè la chinina, entrata in circolo per altre vie diverse da quelle del sistema della vena porta, esca poi colla bile oppure colle orine, gli autori iniettarono in una prima esperienza nella vena giugulare di un cane (Esp. VII) un grammo di solfato acido di

chinina sciolto in 100 d'acqua, in una seconda esperienza (Esp. VIII), iniettarono nella femorale di altro cane grammi 0,50 di solfato acido di chinina sciolto in 60 grammi d'acqua, e furono indotti a concludere, che quando alla chinina si faccia prendere una via artificiale di introduzione nell'organismo, la quale immediatamente la distolga dalla diretta circolazione della vena porta attraverso al fegato, allora essa non esce più per la secrezione biliare, ma per le orine.

Da ciò ricavano gli autori il seguente precetto pratico: « che il metodo d'introdurre la chinina nell' organismo per iniezione nelle vene o colla iniezione ipodermica, non è tanto opportuno alla cura delle malattie epato-addominali, ma piuttosto per agire sul sistema nervoso centrale e sul cuore.

Pel 3° quesito, il quale ha per iscopo di investigare se la chinina presa per bocca esca in parte pel circolo entero-epatico, senza passare per la circolazione generale, gli autori confessano di non possedere dati perentori. Ricordano però che la chinina, ministrata per bocca, e passando coll'assorbimento gastro-enterico nella circolazione epatica, può trovarsi in cospicue quantità nella secrezione biliare e nel fegato dopo due ore e mezzo. Ma quando iniettarono la chinina direttamente nel circolo generale, per la vena femorale o per la giugulare, cioé *Deviando dalla circolazione epatica della vena porta*, in allora non riscontrarono mai la presenza di essa chinina nella bile.

Tutto questo concorre, soggiungono essi, ad appoggiare il concetto, che probabilmente una piccola parte della chinina amministrata per bocca passi immediatamente attraverso all' organo epatico pel piccolo circolo entero-epatico, uscendone colla secrezione biliare dall'organismo, senza rivolgersi ad altre vie di eliminazione, nè alla circolazione generale.

Nel 4° quesito finalmente, in cui gli autori si propongono di determinare per quanto tempo la chinina soggiorni nell' organismo ed in seno a quali visceri si trovi, prendendo una media risultante dalle svariate esperienze praticate, sembra loro, che la chinina si trovi già nel sangue nella prima ora dopo l'ingestione, nei visceri dopo 2 a 3 ore, nelle orine dopo 3 ore, nella bile dopo 4 ore; soggiorni nell'organismo per moltissime ore, avendone Kerner trovato nelle orine dopo 78 ore dall'ingestione dell'alcaloide.

Anche nell'uomo la chinina presa per bocca nella quantità di grammi 0,60, presentasi nelle orine in molta quantità nelle prime sei ore, potendosi dalle medesime ricavare grammi 0, 0,45 di chinina.

Rispetto all'arrestarsi della chinina nei visceri, soggiungono gli autori: « nelle nostre esperienze ne abbiamo sempre constatata la presenza nella milza, quasi sempre nel fegato, nei quali visceri permane più a lungo. Nel cuore si trova la chinina in quantità più considerevole se fu iniettata per le vene che data per bocca, però non vi manca neppure in questo caso; scompare da questo viscere più presto che dalla milza

o dal fegato. Dal cervello la chinina fu estratta in quantità più lievi che dai visceri predetti, e pare anche che scompaia molto presto da quest'organo. »

Il pregievole lavoro finisce con una tavola riassuntiva delle esperienze.

Studii sperimentali sull'azione fisiologica della ciclamina; di VINCENZO CHIRONE. (*La Clinica*, 30 nov. 1875).

Il sintomo più importante e più costante, che produce la ciclamina, è lo stupore. L'animale avvelenato con questa sostanza non è paralizzato, ma ebete; rimane immobile, la testa pendente ed appoggiata sul suolo; la respirazione e la circolazione rimangono normali; la sensibilità è conservata, sovente anche esagerata; talvolta si osservano degli accessi di tremolio dei membri. La ciclamina sembra agire dapprima sui centri cerebrali (stupore), indi sui centri spinali (esagerazione dei riflessi, iperestesia, convulsione). La sua azione sul sistema nervoso è probabilmente un'azione secondaria dovuta ed un'alterazione rapida e profonda del sangue.

Sulla cura della diarrea vaso-paralitica dei cachettici; Comunicazione preventiva del dott. C. BONFIGLI. (Milano, Stabilimento fratelli Rechiedei, 1875).

L'Autore appella *diarrea vaso-paralitica* quella che in persone cachettiche ed affette da malattie del sistema nervoso si presenta con evacuazioni alvine frequenti di materie in massima parte sierose; resiste ostinatamente ad ogni cura per mezzo degli astringenti, dei narcotici, degli alteranti; non è accompagnata da sensibilità accresciuta del ventre alla palpazione, nè da lingua intonacata e che non mostra il più delle volte altro substratum anatomico all'infuori di un leggiero arrossamento della mucosa intestinale. Contro questa diarrea, che nei manicomi è causa prossima della morte di molti malati, egli ha trovato di speciale vantaggio il clorato di potassa, indotto a sperimentarlo dal lavoro del dott. Sasse sull'azione fisiologica del clorato di potassa, pel quale detto rimedio sembra agire, aumentando la contrattilità della tunica muscolare dei vasi. Quindici osservazioni cliniche hanno mostrata l'efficacia curativa di detto sale, ed hanno dato luogo all'Autore di trarre i seguenti corollari, che quantunque appoggiati a fatti poco numerosi, egli dice, pure per la loro importanza meritano di essere riferiti, affinchè vengano confortati o corretti da iterati sperimenti:

« 1.° Il cloruro di potassa esercita senza dubbio un' azione favorevole nei casi di diarrea vaso-paralitica; tale azione si manifesta spesse volte anche nel primo giorno di somministrazione del rimedio.

« 2.° Occorre insistere nella cura per più giorni, affine di ottenere la cessazione completa della diarrea, ed è necessario aumentare la dose del medicamento a seconda della gravità del caso.

« 3.° Cessata l'azione immediata del rimedio, cessano anche gli effetti favorevoli, che ha prodotto, se frattanto non si è migliorato lo stato ge-

nerale dell'infermo; riprendendo però l'uso del clorato, i detti effetti tornano a mostrarsi di nuovo.

« 4.° Nei casi più gravi di cachessia, congiunti a depressione massime dell'innervazione, il clorato agisce più lentamente; la diarrea sotto il suo uso diminuisce, ma non cessa o ritorna facilmente, e sono necessarie dosi più forti del rimedio. In tali casi è a credersi, che la paralisi vaso-motoria sia tanto avanzata da non poter essere modificata che poco dallo stimolo medicamentoso, e che siano avvenuti mutamenti organici consecutivi nelle pareti dei vasi (degenerazione adiposa e amiloide) e nella mucosa intestinale (stravasi, ulcerazione, ecc.).

« 5.° Il clorato di potassa poco o nessun utile arreca, quando la diarrea è mantenuta da processi attivi della mucosa degli intestini (enterite catarrale ecc.).

« 6.° Per analogia il clorato di potassa dovrebbe riuscir giovevole anche nella diarrea senile, nella prodromica del colera, ed in certe diarree sierose dei paesi caldi. (Un continentale stabilito in Sicilia, da lungo tempo soggetto a diarrea, trasse utile immediato dall'uso del clorato ch'io gli prescrissi).

« 7.° La dose del medicamento può variare dai 2 ai 10 grammi nelle 24 ore, secondo la gravità del caso. »

Di un medicamento da introdursi nella terapeutica tossicologica; Proposta del dott. Ranieri Bellini, professore di tossicologia nel R. Istituto di Firenze. (*Lo Sperimentale*, N. 9, 1875).

Il medicamento che il prof. Bellini si propone d'introdurre nella terapeutica tossicologica, è l'ioduro d'amido, già scoperto da Gaultier e Collin e passato nella terapeutica fino dal 1837 per opera di Buchann.

Questo farmaco può essere usato, secondo il Bellini, a doppio scopo: o come antidoto chimico, o come mezzo atto a fare eliminare dall'organismo taluni composti metallici insolubili, che sono annidati entro il medesimo.

Come *antidoto chimico*, negli avvelenamenti prodotti dal solfo, dai solfuri alcalini e terrosi, dagli alcali caustici, dall'ammoniaca e da tutti quegli alcaloidi, contro i quali si è trovata utile la tintura iodio-iodurata; mentre gli inquinamenti metallici, nei quali potrebbe essere adoperato come mezzo di eliminazione e di depurazione, sono il mercuriale ed il saturnino.

Lo crede il Bellini preferibile, come antidoto chimico, a molti altri, perchè non ha le proprietà irritanti, p. es. dell'iodio, ha il sapore e l'odore di esso, ma in grado minore, per cui è ingerito assai più facilmente dai malati, e può porgersi con molta larghezza, ed entra prontamente, alla temperatura del corpo animale ed in mezzo al succo gastrico, in combinazione con non pochi veleni, con alcuni dei quali forma un composto insolubile, mentre con altri dà luogo ad un composto solubile che non è deleterio, od almeno non lo è nella copia, in cui si produce.

A provare il suo assunto, il prof. Bellini prende in esame i diversi

antidoti chimici, che fin qui costituiscono la suppellettile terapeutica degli avvelenamenti accennati.

Come mezzo di depurazione e di eliminazione del piombo e del mercurio propone il joduro d'amido, non perchè creda che questo farmaco sia superiore in efficacia agli altri fin qui conosciuti, cioè agli joduri, cloruri, bromuri ed iposolfiti alcalini, ma perchè i medici possano sostituirlo in quei casi, che pure si danno, nei quali si verifica una ripugnanza invincibile all'uso dell'uno o dell'altro dei ricordati farmaci, o quando i malati sieno stanchi della ingestione dei medesimi, od anche nel caso di piccoli fanciulli, ai quali l'joduro d'amido si può facilmente dare sotto forma di siroppo.

In questi casi, soggiunge l'Autore, l'joduro d'amido non agisce però per sè stesso, ma per gli ioduri alcalini, a cui dà luogo a spese degli alcali carbonati dei succhi enterici e del sangue.

Dopo quanto ha esposto viene alle conclusioni seguenti:

1.° Che nello avvelenamento prodotto dal solfo, l'ioduro d'amido offre i minori inconvenienti possibili, e ad un tempo i maggiori vantaggi sugli altri antidoti chimici, che sono stati proposti ed usati.

2.° Che nello avvelenamento prodotto dai solfuri alcalini e terrosi, l'ioduro d'amido per le stesse ragioni dev' essere preferito a tutti gli altri antidoti chimici, che sono stati proposti.

3.° Che nello avvelenamento prodotto dagli alcali caustici e dalla ammoniaca, l'ioduro d'amido dev'essere usato solo quando lo si abbia fra mano, e vi voglia del tempo prima di avere a disposizione le bevande acide.

4.° Che nello avvelenamento prodotto da quegli alcaloidi, contro i quali è consigliata la tintura iodio-iodurata, l'ioduro d'amido iodurato deve preferirsi a questa per ciò solo che non ha le proprietà irritanti di quella, o le ha in grado molto minore.

5.° Che nell'inquinamento mercuriale e saturnino, può somministrarsi come mezzo di depurazione e di eliminazione l'ioduro d'amido, senza però pretendere che sia per bontà superiore agli ioduri, bromuri, cloruri ed iposolfiti alcalini, che con questo stesso scopo vengono usati.

6.° Che in tutti i ricordati casi d'avvelenamento, è precetto di fare vomitare poco dopo pôrto l'antidoto chimico, ed allorchè l'avvelenamento sia avvenuto in animali che non possano vomitare, è precetto di affrettare, la mercè di purgativi e di clisteri, le evacuazioni ventrali, e perciò di affrettare dal canale digerente, non solo l'uscita del veleno, se ne rimanesse indecomposto, ma l'uscita anche dei prodotti della sua decomposizione.

Della segale cornuta in ostetricia. Nuove ricerche pel dott. G. Levi della Università di Pisa. (*Lo Sperimentale*, fasc. 8°, 1875).

Il dott. Levi in questo suo dotto lavoro, dopo un cenno storico sulla segale cornuta e dopo di essersi intrattenuto sulle diverse opinioni, che prevalsero intorno alla natura di questo farmaco e sulle varie analisi

chimiche istituite per iscoprire gli elementi, che lo compongono, analisi che, secondo la sua opinione, non furono eseguite fino ad ora con quella scrupolosa esattezza, che richiedono simili ricerche, conclude, dietro ulteriori sue esperienze, ch'è all'acido fosforico che la segala deve le sue proprietà terapeutico-ostetriche. Corrobora successivamente questa sua conclusione, dimostrando con acconci sperimenti istituiti sulle cagne, l'identità d'azione terapeutica della segala cornuta e dell'acido fosforico, e riferisce inoltre, a quest'effetto, due osservazioni raccolte alla Maternità di Pisa dal dott. Aug. Garzella, che se non fossero troppo poche, concluderebbero a capello in favore della facoltà attribuita all'acido fosforico di eccitare la contrazione delle fibre dell'utero e di produrre gli identici effetti della segala cornuta in due donne, una di 25 e l'altra di 28 anni.

Dall'insieme dei fatti, che furono raccolti, e dalle ricerche stabilite, crede il dott. Levi di poter derivare le conclusioni seguenti:

1.° La somma degli effetti terapeutici ricavati dalla segale cornuta è dovuta alla presenza in essa dell'acido fosforico.

2.° Le malattie, che trovano nella segala cornuta un utile rimedio ricevono pari beneficio dall'acido fosforico.

3.° Nella segala cornuta due serie distinte di fenomeni sono riprodotti da elementi di natura differenti, quelli fisiologici (ergotismo) riconoscono per cagione i principii vegetabili (ergotina, ecbolina, ecc.); quegli ostetrici invece l'acido fosforico.

4.° Gli effetti emostatici, come quelli ecbolici, si ottengono egualmente e con pari intensità e prontezza con l'acido fosforico, come colla segala cornuta.

5.° La quantità d'acido fosforico solubile che l'analisi trova nella segale recentemente polverizzata, in quella antica e nell'estratto idroalcoolico (ergotina), è proporzionale agli effetti ostetrici che, da queste varie sostanze separatamente si ottengono.

6.° Ragioni cliniche convalidano le risultanze ricavate da queste ricerche, le quali restano confermate eziandio dai precedenti criteri storici e sperimentali.

Cura della pazzia e di altre nevrosi colla luce colorata; del dottor Ponza. (*Gazz. med. Ital.* Prov. Venete).

L'iniziativa di questo metodo di cura spetta al dott. Ponza, direttore del manicomio di Alessandria, coadiuvato dalle istruzioni somministrategli da quel fisico ed astronomo eminente, ch'è il Padre Secchi.

Rileviamo infatti da una comunicazione fatta di recente dal dottor Ponza alla scuola medica psicologica di Parigi, com'egli rimanesse vivamente impressionato dalla notizia data dai giornali, che un capitano della marina inglese, dopo molti esperimenti, era riuscito ad accrescere enormemente la nutrizione di certi animali, facendoli vivere sotto l'influenza della luce violetta, nonchè a dare uno sviluppo straordinario di vegetazione così alle frutta come ai legumi, coprendoli con campane di

vetro violetto. L'interesse di tale notizia determinavalo a scrivere immediatamente al Padre Secchi per chiedergli, se la benefica influenza della luce fosse dovuta alle sue proprietà elettro-chimiche.

Il Padre Secchi rispondevagli nei termini seguenti:

« L'idea di studiare i turbamenti degli alienati in relazione colle perturbazioni magnetiche, e con la luce colorata, sopratutto in violetto, del sole, è di una importanza naturale ed io credo degna di essere coltivata.

« Fino al presente non si son fatte, per quanto mi sappia, delle osservazioni sulla influenza della luce colorata, o, a dir meglio, luce violetta del sole; mi sembra che sarebbe di molta importanza un tale studio.

« La luce violetta è senza dubbio quella che agisce chimicamente sui vegetali; ignoro se essa sia attiva anche sugli animali.

« La soluzione pratica del problema potrebbe aversi esperimentando sopra alienati, e sopra malati di nevrosi, l'azione dei raggi meno rifrangibili dello spettro solare, poichè non si può creare della luce violetta che sottraendo dalla luce solare i raggi rossi, gialli, bleu, ecc.

« Non è possibile di condensare questa luce speciale, meglio o più che non lo sia la luce naturale del sole; è anche molto difficile di trovare una sostanza che lasci passare soltanto i raggi violetti. Una luce molto ricca di raggi violetti, più ancora che quella del sole, è la luce elettrica, ma praticamente non è applicabile.

« La sola esperienza pratica che possa tentarsi, è di filtrare, per così dire, la luce del sole, in modo da separare tutti gli altri raggi, e da non avere più che i soli raggi violetti, più refrangibili.

« La prova merita di essere tentata, non solamente per semplice curiosità, ma anche perchè sembra che dal lato della germinazione si giungerà a risultati importanti.

« Questa tinta violetta ha un che di melanconico, di depressivo, che, fisiologicamente, opprime l'animo; gli è perciò senza dubbio che i poeti danno alla malinconia la veste violetta.

« Forse può essere che la luce violetta calmi l'eccitamento nervoso dei maniaci. E benchè, fisicamente, non se ne possa assicurare il successo, mi sembra che, trattandosi di un fatto fisiologico, sarebbe a tentare l'esperimento.

« Sarebbe d'uopo, anzitutto, di assicurarsi della qualità dei vetri più convenienti, più atti a ricevere i raggi del sole; perciò bisognerebbe sperimentare, facendoli attraversare da un raggio solare e attraverso un prisma, prendendo con questo medesimo raggio delle prove fotografiche.

« Le pareti delle camere che serviranno all'esperimento, dovranno essere dipinte con lo stesso colore dei vetri apposti alle finestre; per favorire l'azione della luce solare, si avrà cura di dare alla stanza il

maggior numero possibile di finestre, in modo che possa penetrarvi direttamente la luce nelle differenti ore della giornata.

« Per porre in atto questi consigli del tutto scientifici, vi proporrei di far dormire gli alienati, che saranno soggetto delle vostre osservazioni, in stanze orientate a levante ed a mezzodì, a pareti colorate come i vetri, e delle stesse dimensioni. »

Seguendo le indicazioni del Padre Secchi, il dott. Ponza volle stabilire la intensità rifrangente dello spettro solare per ogni specie di vetro colorato. Riuscì in tal guisa ad ottenere la certezza, che il suo sperimento era condotto in modo esatto e sicuro.

Egli fece dare ad ogni stanza la tinta corrispondente al colore dei vetri apposti alle finestre.

Nella stanza tinta in rosso, a vetri rossi, collocò un lipemaniaco, il quale da lungo tempo era di umore tetro, affetto da delirio taciturno, e mangiava di rado per propria iniziativa. Tre ore dopo che l'ebbe condotto in questa stanza, lo visitò e lo trovò sorridente, gajo; chiese da mangiare e il suo desiderio fu tosto soddisfatto.

L'osservazione seguente non è meno esplicita:

Un lipemaniaco siziofobo, che tutto il giorno tenevasi chiusa la bocca con le mani, per impedire l'introduzione dell'*aria avvelenata*, era stato vanamente curato con altri mezzi. Collocato nella stanza a vetri rossi, l'indomani alzavasi dal letto, domandava la colazione e mangiavala con una avidità meravigliosa; attualmente sta bene ed in breve potrà ritornare alla sua famiglia.

Nella stanza a vetri bleu l'Autore collocò un maniaco molto agitato, contenuto dalla camicia di forza; un' ora dopo era più calmo. L'azione della luce bleu è alquanto intensa sui nervi ottici e lo prova il fatto seguente. Un giorno, alla presenza del dott. De-Giovanni, professore di patologia generale all'Università di Pavia, che si era recato espressamente ad Alessandria per assistere agli esperimenti del dott. Ponza, questi condusse nella stanza bleu il dott. Manfredi. Bendatigli gli occhi e fattigli fare dei giri sotto le arcate dell'asilo, onde perdesse le traccie della località in cui si trovava, tostochè il Manfredi fu condotto nella stanza a vetri bleu, egli seppe dire dov'era, ed aveva provato un senso strano di oppressione.

L'Autore fece collocare un alienato anche in una stanza a vetri violetti; il giorno dopo questo malato lo pregò di mandarlo alla famiglia, perchè si sentiva guarito. Abbandonò l'asilo in buon stato di salute.

Osserva l'Autore che, esaminando allo spettrometro le curve della luce, si avverte immediatamente che i raggi violetti sono fra tutti gli altri quelli che possedono i raggi elettro-chimici più intensi, che la luce bleu, al contrario, è affatto sprovveduta di raggi calorifici, chimici ed elettrici. La sua influenza benefica è difficile di essere stabilita. La luce bleu, essendo la negazione assoluta di ogni eccitamento, riesce meravigliosamente a calmare le agitazioni furiose dei maniaci.

Queste ricerche, a parere dell'Autore, sono di un' importanza capitale nella cura della mania; esse possono dare anche risultati soddisfacenti nella terapia di molte nevropatie, come la corea, l' isterismo, la epilessia, la eclampsia puerperale e dei bambini.

Il clinico, collocando un arto malato in una atmosfera elettro-chimica, otterrà forse con questo mezzo dei risultati, che egli domanda inutilmente alla elettricità, sia galvanica, sia faradica.

Per gli alienati si potranno ottenere dei miglioramenti, sovente anche delle guarigioni, che sarebbe stato temerario lo sperare, facendoli vivere in una stanza a pareti colorate in violetto, come i vetri della finestra.

Successivamente a questa comunicazione il dott. Charpignon faceva conoscere, siccom' egli fino dall'anno 1843 avesse in una sua pubblicazione registrate alcune osservazioni di parecchi individui, che in istato di sonnambulismo non potevano sopportare la luce naturale od artificiale ed erano fortemente impressionati dai colori rosso e violetto. Ricordava inoltre che analoghe osservazioni, fatte specialmente sopra malati catalettici, furono pubblicate da Despine nell'anno 1838.

Studio critico sperimentale intorno ad alcune particolarità dell'azione fisiologica dell'alcool; dei dottori Ignazio Ronchi e Gaetano Salvioli. (*Lo Sperimentale*).

Insufficiente la chimica con tutti i suoi mezzi anco più perfezionati di precisare gli effetti dell'alcool per entro all' organismo vivente, gli autori hanno stimato di limitare le loro ricerche: 1. sul suo assorbimento ed eliminazione; 2. intorno alle sue influenze sul circolo; 3. sul sistema nervoso; 4. sulla temperatura.

Oggi non è più chi dubiti che l'alcool sia assorbito dallo stomaco e dagli intestini, e da questi portato in circolo col sangue, ed una parte quindi eliminato dai polmoni, dalla cute e dalla orina, mentre l' altra parte rimane nell'organismo; ed è di qui anzi che gli autori prendono le mosse ad indagare sperimentalmente i suoi effetti sulla circolazione.

Che l'alcool a dose fisiologica ecciti cuore e circolo non è chi nol sappia e non ne convenga; il difficile e la discrepanza delle opinioni comincia quando in ultima analisi si vuol pure determinare il come ed il quando della sua azione.

Le esperienze di Parkes e di Wollovichs condotte a rigore di calcolo, provano all' evidenza, che l' energia e l' attività del cuore e di tutta la circolazione, riceve un impulso che cresce mano mano che l'alcool viene dato nella misura e tempo conveniente. Prolungando i loro esperimenti a giornate hanno verificato che in 24 ore, mentre i battiti, tenuto l'individuo a semplice acqua per bevanda, erano 106,000, nel giorno appresso sotto l' alcool salivano a 127,000 e quando l' alcool nell'ultimo giorno fu portato alla massima dose, le pulsazioni passarono il numero consueto di 2544, 8. Parkes in un uomo sano e robusto sotto l'uso dell'acquavite, vide il polso elevarsi nella proporzione del 13 per 100, nel tempo che notava pure aumentata la forza muscolare, e calcolava infine

che lo sviluppo e consumo di questa, rispetto al cuore in 24 ore, in ragione del lavoro e dell'azione dell'alcool, equivalesse a 5000 chilogrammi; a tenore frattanto delle osservazioni di Parkes e di Wollovichs, mentre l'alcool stimola ed accelera le contrazioni dei ventricoli del cuore, agisce pure sui capillari dilatandoli; per essi adunque l'alcool in conclusione mette in sistole e restringe il cuore mentre dilata i capillari.

Marvaud ha fatto e pubblicato risultamenti di esperienze proprie e di altri, che non corrispondono alle precedenti, ma i nostri colleghi le reputano poco esatte, eziandio contradditorie e quindi non concludenti.

Secondo Albertoni e Lussana figlio, sanno i lettori dello *Sperimentale*, che l'alcool accresce la frequenza e la forza dei battiti cardiaci al tempo che aumenta la tensione arteriosa; essi anzi avvicinano l'azione dell'alcool a quella della digitale, argomentandola più che da altro dai tracciati sfigmografici consimili. Gli autori non convengono coi fisiologi di Padova, e stimano non chiari e netti i loro risultati per avere iniettato l'alcool nel peritoneo, quando in simili esperimenti sono sempre preferibili le vie digerenti. Così essi bevendo e dando a bere acquavite, non rimasero dubbiosi sui suoi effetti stimolativi del cuore e sui polsi, passeggieri, se preso a piccola dose, più durevoli, se in maggior copia; altre qualità nei polsi oltre la frequenza e la celerità non riescirono a precisare anco collo sfigmometro, istrumento in queste esperienze, a detta loro, sempre di difficile maneggio ed applicazione. Dopo di che hanno studiato la pressione arteriosa mediante l'emodinamometro introdotto opportunamente in arterie di diversi cani, e tenuto esatto conto della pressione del sangue, prima e dopo avere amministrato ai medesimi dosi diverse di alcool diluito, hanno potuto verificare, che a tutta prima la pressione arteriosa è aumentata per dato e fatto della doppia azione dell'alcool sul cuore e su le pareti vasali, finchè la dose e l'azione dell'alcool è fisiologica; ma quando questa eccede e diviene tossica, l'impulsione cardiaca diminuisce e quindi per questo conto anco la pressione del sangue sulle arterie, la quale non ostante non cade al disotto della normale, atteso il residuo dell'azione diretta dell'alcool sulle pareti delle arterie, e più ancora al difetto o difficoltà contemporanea della conveniente deplezione del sistema capillare e venoso. Non sappiamo se qui avremo bene inteso ed espresso il concetto dei nostri fisiologi. Questi momenti diversi causali della pressione e tensione arteriosa per influenza dell'alcool, essi dicono, non eran sin qui stati bene avvertiti e considerati da altri, e ne adducono anco le ragioni. Ed a miglior dimostrazione della origine o sorgente della tensione arteriosa da replezione venosa, quando maggiormente difetta l'impulso cardiaco, hanno attossiccato coll'alcool altri cani, e tenendo dietro nella stessa guisa mediante l'emodinamometro al grado della pressione, hanno realmente osservato, che questo indicava una tensione, sino ad un certo punto, crescente nella arteria, mentre da un lato diminuiva l'energia del cuore e dall'altro s'accresceva la pressione venosa.

In conclusione da tutte le surricordate esperienze, essi ci dicono, che l'alcool stimolando a dose fisiologica il cuore, dirige la sua azione fisiologica sulla sistole (è più esatto il dire sulla fibra contrattile), della quale aumenta la energia (o più esattamente l'azione), e quindi la frequenza, deprimendolo invece a dose tossica, diminuisce la energia della sistole, comunque aumenti la frequenza dei suoi movimenti. Come conseguenza della diminuita energia sistolica osservasi nell'attossicamento alcoolico la diminuzione della pressione arteriosa, l'aumento della tensione venosa, l'innalzamento quindi coll' emodinamometro della pressione costante. Queste conclusioni, soggiungono gli autori, loro non permettono di considerare coll'Albertoni e Lussana l'azione dell' alcool molto analoga e quasi identica a quella della digitale; e qui entrano in distinzioni e spiegazioni a chiarire la differenza, che essi ravvisano tra una e l' altro; e noi senza arrogarci minimamente autorità di giudici, diremo che per nostra osservazione clinica la differenza è grande, e siccome dagli effetti apparenti, che sono i dinamici, male s'arguisce e conclude all'azione interna fisiologica o terapeutica degli agenti esterni, così questa si comprende non è la sola via ai nostri giudizi in siffatte ricerche; quindi non mai troppo l'avvedimento e la circospezione. In questa controversia intorno all'analogia o identità d'azione tra l'alcool e la digitale, noi altro non diremo, che nessuno darà mai utilmente la digitale ad un sano mentre nulla di più confortevole ed utile del vino non solo ai sani, ma eziandio a molti ammalati. Noi lodiamo ed ammiriamo gli sforzi di giovani così eletti, quali si mostrano coi loro studi Albertoni e Lussana, Ronchi e Salvioli, ma francamente diciamo, che non sappiamo acquietarci interamente alle ragioni degli uni o degli altri nella controversia insorta nell'occasione delle loro esperienze intorno agli effetti dell'alcool, comparati specialmente di fronte a quelli della digitale.

Grandi modificazioni ed alterazioni l'alcool a dosi fisiologiche pare che non induca negli elementi organici del sangue, siccome erasi creduto in addietro; pare che oltre una certa maggiore comparsa di globuli grassosi non si osservi; salvo che la spettroscopia avrebbe dimostrato a Schmiederberg il globulo sanguigno più avido dell'ossigeno per influenza dell'alcool. Alla spettroscopia è riserbata un'analisi chimica sugli elementi globulari o cellulari del sangue non sperabile ugualmente da altri espedienti: ed i valenti giovani già hanno intraprese osservazioni in proposito, che ci promettono e che non mancheremo di comunicare ai nostri lettori.

L'alcool a dose discreta eccita o ravviva le facoltà della mente, non le potenze del senso e del moto; mentre a dose eccedente prima agita, perturba, sconvolge, poscia assopisce, paralizza ed estingue tutte queste potenze; quindi più o meno prontamente tutte le parti centrali del sistema nervoso sentono gli effetti così salutari come perturbativi dell'azione dell'alcool; il più che resiste è il midollo allungato, indi la funzione dei polmoni e del cuore; in tutto questo consentono concordi i fisiologi;

ove dissentono è intorno alla proprietà anestetica dell' alcool. Comunemente s'ammette, che l'alcool spieghi i suoi effetti sul sistema nervoso, agendo direttamente sugli elementi nervosi centrali. Bernard, pur concedendo all'alcool questa azione elettiva, vuole però ed ammette, che nei suoi effetti sulle facoltà sensoriali e motrici molto si debba all'azione dell'alcool su la circolazione cerebrale; e dopo non vi ha quasi fisiologo, che non abbia accolto le idee del Bernard; ed il Marvaud segnatamente, che avendo praticata sul capo di conigli una apertura, avrebbe visto sotto l'azione dell'alcool introdotto nello stomaco dei medesimi, prima accorrere il sangue al cervello, poi scomparire, e sotto a questa anemia cerebrale determinarsi i fenomeni d'anestesia ed il sonno, e quindi l'azione dell'alcool parificata a quella dell'etere e del cloroformio. Già Albertoni e Lussana, come possono ricordare quelli che hanno letto il loro lavoro sull' alcool pubblicato l'anno decorso nello *Sperimentale*, come ora i nostri autori, opponendo esperienze e ragioni a quelle del Marvaud, provano precisamente l'opposto. Il sangue per effetto dell' alcool nei cani sottoposti alla prova non s'allontana nè devia dal cervello, ma vi accorre in maggior copia, ed essi muoiono briachi, e dopo la morte la sezione scopre cervello e meningi non prive ma ridondanti, piene, stirate di sangue. I primi effetti dell'alcool a dose tossica sui centri nervosi sono relativi alla intelligenza ed al moto, l'ultima a mancare è la sensibilità, che non avviene che dopo lesa manifestamente la funzione della midolla allungata. Nessuna analogia adunque in tutto ciò tra l'azione dell'alcool ed il cloroformio e l'etere. Non si vuole negare perciò qualunque effetto anestetico all'alcool; ma esso, per testimonianza degli autori, non oscura nè toglie la percezione del senso che a dose tossica, e quando questa ha già sconvolta e quasi estinta ogni azione sensoriale, cioè, che l'intossicamento è portato ad un grado estremo; quindi a rigore nessuno lo può dire anestetico, ed a verun patto non che paragonare uguagliare all'etere ed al cloroformio.

Quanto all' influenza dell'alcool sulla termogenesi, gli autori dietro proprie esperienze s'accordano coi fisiologi, che considerano il vino e l'alcool a dosi fisiologiche come refrigerante, meno però sull' uomo che sugli animali. Ma perchè il termometro non induca errore, conviene distinguere tra produzione effettiva e dispersione di calorico. Ora i nostri autori con alcune esperienze, e con ragioni chimiche non dubitano provato e dimostrato, che per l'alcool diminuisce in modo non relativo ma reale ed assoluto la produzione del calorico, cui corrisponde l' abbassamento di temperatura termometrica, e ciò per quella parte di alcool, essi soggiungono, che resta nell'organismo inalterata, non per la parte che si trasforma, per la quale anzi, a loro avviso, il calore prodotto è aumentato. Dopo tutto ciò non possiamo dimenticare, che le esperienze e le osservazioni, che abbiamo in proposito non sono conformi nei resultati loro; ma anzi del tutto discrepanti ed opposte, e certo è poi per noi che l' interpretazione o spiegazione dei fenomeni intorno a produ-

zione e dispersione più o meno di calorico, ed a combustione e riduzione più o meno dei materiali azotati entro all'organismo per dato fatto dell'alcool non sono così dirette e dimostrative, vogliamo dire che non sono eliminate influenze, azioni e circostanze, per cui alle spiegazioni date non se ne possano aggiungere altre, o, a nostro giudizio, non sono tali che risolvano ogni dubbio, e nelle quali ci si debba interamente acquietare e riposare. Ciò che essi stessi vengono dottamente esponendo e considerando intorno alla trasformazione ed agli effetti dell'alcool entro all'organismo, non fa che avvalorare i nostri dubbi anco sulla produzione o dispersione più o meno del calorico, e finchè la chimica principalmente non avrà chiarito meglio ciò che avviene dell'alcool nel corpo vivente e ciò che opera, non solo sull'essere, ma sulle funzioni dell'organismo, noi non sapremo quanto e come influisca, non diremo alla temperatura termometrica, ma alla vera e positiva produzione del calore animale. Quindi non giusto e precipitato il giudizio di quei medici, che dichiarano e proclamano l'alcool antipiretico, antiflogistico e frigorifero, quasi come un buon bicchiere d'acqua fresca. La discussione testè insorta nel congresso medico di Bruxelles intorno appunto agli effetti fisiologici e terapeutici dell'alcool, discussione che ha rilevato tanta disparità d'opinioni in proposito della sua azione ed efficacia, e quindi sulle sue più vere indicazioni curative nelle malattie singolarmente febbrili, dimandiamo noi se non giustifica appieno le nostre dubbiezze, e se a ragione facciamo appello ad ulteriori, numerose, più esatte esperienze ed osservazioni sui sani e possibilmente anco sui malati. Non meno lodevoli perciò i tentativi e gli sforzi dei valenti giovani di Modena, che anzi le nostre dubbiezze e la dimanda di ulteriori esperienze non muove che dall'importanza grande, che noi attribuiamo ai loro studi e sui quali per ciò richiamiamo l'attenzione dei nostri lettori col sommario che ne abbiamo abbozzato.

Del nitrito d'amile; azione ed usi in medicina e specialmente nelle malattie mentali; del dott. Tebaldi. (*Rivista Sperim. di Freniatria e med. legale* 1875, e *Riv. clin. di Bologna*, fasc. 4° 1876).

Il primo in Italia a recare contributo di studî e di osservazioni sull'uso terapeutico del nitrito d'amile, è stato il Tebaldi, il quale in questo lavoro, dopo una breve rivista degli studî di Richardson, di Gamgee, di Lander Brünton, di Goodhart, di Amez-Droz e di Schramm, descrive l'azione fisiologica di questo medicamento, verifica da lui stesso, riportando anche tracciati sfigmografici comprovanti il turbamento del circolo, il suo avvelenamento, la diminuita pressione sanguigna. L'azione fisiologica si riassume nell'aumento di circolazione, nella dilatazione dei vasi e nella sovra-eccitazione del cervello. L'Autore ha riscontrato anche all'oftalmoscopio l'iperemia dei vasi retinici e la pulsazione delle vene. Egli quindi riferisce le applicazioni terapeutiche praticate finora nell'angina pectoris (Lander, Brünton, Haddon, Thompson), nel tetano (Vood), nella dispnea, nell'asma, nello spasmo della glottide, nell'emi-

crania (Jones), nell'epilessia (Mittchell), nell'eclampsia puerperale (Jenlis), contro la narcosi cloroformica (Schueller), ecc. — Quindi riporta due casi di angina pectoris, in cui trovò giovamento dal nitrito d'amile, e sei casi di lipemania, in cui l'uso di questo rimedio ebbe risultati molto diversi fra loro.

L'uso del nitrito d'amile nella frenosi a forma depressiva, melanconia, lipemania con stupore, con ambascia ecc., fu dapprima praticato da Meynert, da Mendel e quindi da Schramm. I primi quattro rilevarono notevoli vantaggi e permanenti in alcuni casi; l'ultimo non trovò che un eccitamento momentaneo, che scompariva poco dopo l'inalazione.

Nei casi di Tebaldi, due (lipemania stupida con paresi pellagrosa, lipemania alternante con mania da causa ereditaria) diedero risultato affatto negativo. In un terzo caso (lipemania pellagrosa) dall'uso prolungato si ebbero effetti immediati e secondari vantaggiosi. Negli altri tre casi di atonia cerebrale (lipemania pellagrosa, lipemania stupida, indebolimento mentale con ostinato mutismo) il nitrito d'amile ne coadiuvò indubbiamente la cura e la guarigione, che si ottenne in due casi.

L'Autore conclude che:

1.° L'azione del nitrito d'amile sopra il cervello è eccitante e transitoria, simile ad un primo grado di ebbrezza fugace.

2.° Esso costituisce di rado un mezzo terapeutico a cui si possa esclusivamente affidare la cura di una psicopatia coi caratteri di stupore e di atonia cerebrale.

3.° Esso è un eccellente rimedio nel coadiuvare la cura delle forme suddette, costituendo quasi un mezzo di ginnastica cerebrale.

(*La fine al prossimo Numero*)

Il Direttore e Gerente responsabile
Dott. **Malachia De-Cristoforis.**

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA DI PATOLOGIA GENERALE

dei dottori L. CARPANI e F. PIROVANO

(Da pag. 3 a pag. 20).

Schulein — *Sul modo di comportarsi della temperatura periferica in confronto della centrale nella febbre.*
Socoloff — *La patologia del tumore di milza acuto.*
Schuller — *Contribuzione sperimentale allo studio dell' infezione settica.*
Hiller — *Sull'estrazione del virus putrido e setticemico.*
Maragliano — *La febbre nel vajuolo.*
Moriggia — *Sulla velenosità del cadavere umano.*
Curci — *Sull' ateroma delle arterie in rapporto specialmente alle sue cause ed effetti.*
Maggiorani — *Sulla coincidenza di perturbazioni del magnetismo terrestre e di attacchi nervosi.*
Voisin — *Dei disturbi della parola nella paralisi generale.*
Joffroy — *Nota sull' escara della natica e suoi rapporti colle lesioni dei lobi posteriori degli emisferi cerebrali.*
Laboulbene — *Soccussione ippocratica in una cisti ovarica.*
Hutchinson — *Sullo stato della temperatura e della circolazione dopo le lesioni del midollo spinale.*
Lewis — *Modificazioni della temperatura nella epilessia.*
Simonin — *Influenza della eterizzazione sulla temperatura.*

RIVISTA DI SIFILOGRAFIA

del dottor CARLO PADOVA

(Continuazione e fine. — Vedi il fascicolo precedente, pag. 538).

(Dalla pag. 21 a pag. 70).

Diday e Doyon — *Terapeutica delle malattie veneree e delle malattie cutanee.*
Fourestié — *Nota per servire alla storia di una forma di reumatismo blennorragico.*
G. G. Gascoyen — *Casi di reinfezione sifilitica.*
Francesco Mason — *Dell' ulcero infettante alle labbra e in altri siti anormali.*

W. Petters — *Sulle proprietà contagiose delle vegetazioni.*
Ed. Nettleship — *Ulcero delle narici seguito da sifilide costituzionale.*
Società med. di Londra — *Ulceri infettanti.*
Taylor — *Le apparenze cliniche dell'ulcero sifilitico sul seno.*
Vajda — *Intorno la febbre sifilitica ed il cambio materiale sifilitico.*
V. Janowsky — *Osservazioni per servire allo studio della febbre sifilitica.*
Vict. Bremer — *Ricerca sulla febbre sifilitica.*
Droguat Landre — *Dell'irite sifilitica.*
Fournier — *Sarcocele sifilitico.*
Zeissl — *Un caso di sarcocele sifilitico molto suppurante e vegetante con ulcerazione contemporanea del retto.*
G. Di Lorenzo — *Contribuzione clinica ed illustrazione sul fungo benigno del testicolo in rapporto alla sifilide generale.*
Pick — *Sulla conoscenza delle cheratosi.*
Fred. Taylor — *Indurimento del muscolo sterno-mastoideo.*
Bälz — *Sulla sifilide emorragica.*
Grandidier — *Della sifilide polmonare e della sua curabilità colle acque solforose di Nemdorf.*
E. Aufrecht — *Casi di tubercolosi miliare sifilitica.*
Fournier — *Della tisi sifilitica.*
N. V. Thoreseu — *Rapporti tra la sifilide e la tisi.*
Alf. Rey — *Studii sulla sifilide tracheale.*
Fournier — *Delle lesioni terziarie della faringe.*
Id. — *Degenerazione sifilitica della glandola sotto-linguale.*
Hughling Jackson — *Sulle affezioni sifilitiche del sistema nervoso.*
J. Dreschfeld — *Alcuni casi di affezioni nervose sifilitiche.*
Albert Reder — *Osservazioni di affezioni sifilitiche del sistema nervoso.*
Heubner — *Delle affezioni sifilitiche delle arterie cerebrali, con rimarchi di istologia normale e fisiologica sulla circolazione delle arterie cerebrali.*
G. Balfour — *Delle nevralgie facciali persistenti sintomatiche di affezione cerebrale sifilitica.*
Huguemin — *Casi di meningite sifilitica.*
Hughlign Jackson — *Tumore sifilitico del lobo mediano del cervelletto.*
C. Jespersen — *Sifilide causa di paralisi progressiva.*
Fournier — *Lesioni terziarie dell'ano e del retto.*
L. Jullien — *Saggio di statistica sulla sifilide terziaria.*
M. Kassowitz — *Della trasmissione della sifilide per via ereditaria.*
Utkinson — *Eziologia della sifilide congenita basata su considerazioni istologiche.*
Macdonald — *Placenta sifilitica.*
F. Weber — *Sulla influenza del metodo di cura della sifilide nella gravidanza di donne sifilitiche.*

Cairus — *Sui danni ai quali sono esposti gli ostetrici.*
Henry Petit — *Della sifilide in rapporto al traumatismo.*
Vaida — *Contribuzione all'anatomia delle papule sifilitiche delle parti genitali.*
Colomiatti — *Contribuzione alla istologia patologica della sifilide costituzionale ed allo studio della genesi delle cellule giganti.*
Langlebert — *Della dilatazione mediata nella cura degli stringimenti uretrali.*
F. Jakubowitz — *Delle injezioni parenchimatose, nuovo sistema di cura dei bubboni.*
O. Kahler — *Ricerche sul latte di donne curate colle frizioni mercuriali.*
V. Druhen — *Del joduro di ammonio e del suo impiego nella sifilide e nella scrofola.*
L. Lazzansky — *L'iodoformio ed il suo uso terapeutico.*
Nirgon — *Dell'essenza di Santal, suoi vantaggi contro la blennorragia e suo miglior metodo di amministrazione.*
Simmons — *Sulla cura delle ulceri veneree.*
C. G. Cullingworth — *Delle injezioni mercuriali sottocutanee.*
Ant. Fienga — *Esperimenti sull'azione dell'acido salicilico.*

RIVISTA DI TERAPEUTICA E DI FARMACOLOGIA
ITALIANA E STRANIERA

del dott. G. B. SORESINA

(Da pag. 70 a pag. 93).

Rivista italiana.

Tassinari — *Sull'apomorfina. — Osservazioni ed esperimenti fatti nella Scuola e Laboratorio di Materia medica e Farmacologia sperimentale della R. Università di Pavia.*
Mosso — *Sull'azione del tartaro stibiato.*
Celli — *Alcune osservazioni sperimentali intorno all'azione dell'acido salicilico.*
Tizzoni e Fogliata — *Dell' anestesia per le injezioni intravenose del cloralio.*
Curci — *Azione dell'argento sul sistema nervoso e muscolare. Studi sperimentali.*
Albertoni e Ciotto — *Sulle vie di eliminazione e di azione elettiva della chinina. Considerazioni sperimentali.*
Chirone — *Studii sperimentali sull'azione fisiologica della ciclamina.*
Bonfigli — *Sulla cura della diarrea vaso-paralitica dei cachettici.*
Ranieri Bellini — *Di un medicamento da introdursi nella terapeutica tossicologica.*
Levi — *Della segale cornuta in ostetricia. Nuove ricerche.*
Ponza — *Cura della pazzia e di altre nevrosi colla luce colorata.*
Ronchi e Salvioli — *Studio critico sperimentale intorno ad alcune particolarità dell'azione fisiologica dell'alcool.*
Tebaldi — *Del nitrito d'amile, azione ed usi in medicina e specialmente nelle malattie mentali.*

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

TRATTATO TEORICO-PRATICO
DELLE
MALATTIE VENEREE
del dottor cav.
PIETRO GAMBERINI
Professore di sifilografia e dermatologia nella R. Università di Bologna

Un grosso vol. in-8 di pag. 602. Prezzo L. **12**.

APPENDICE PRIMA
AL RICETTARIO 1875
del Dott. G. B. SORESINA

Milano 1876 — Prezzo lire 3

TRATTATO TEORICO-PRATICO
DI
BALNEOTERAPIA
E DI IDROLOGIA MEDICA
PER IL
Cav. Dott. PLINIO SCHIVARDI

Un bel volume in-8 massimo di pagine 492 con molte incisioni intercalate nel testo — Prezzo L. **6**.

Atlante di anatomia dell'uomo
DEL
PROF. C. E. BOCK
Sola traduzone italiana autorizzata sulla sesta edizione originale

Un volume in-4 contenente 38 tavole incise e le analoghe spiegazioni, nonchè un copioso indice analitico-alfabetico.

Prezzo lire 70.

Si richiama l'attenzione degli studiosi, dei professori e degli avvocati penalisti sull'importanza di questa pubblicazione, unica del suo genere in Italia ed eseguita colla maggiore perfezione.

LA CHIRURGIA SUI BAMBINI
ESPOSTA DAL
Cav. Dott. CESARE FUMAGALLI
Chirurgo primario dello Spedale Maggiore di Milano

Un bel volume in-8
di XI-536 pagine con una incisione in legno — **Prezzo L. 10**
Detto legato in tela inglese **L. 12**.

Le opere vengono spedite franche di porto a chi invia l'ammontare in lettera affrancata alla Ditta **Fratelli Rechiedei**, *Milano.*

OPUSCOLO PRATICO

sul farmaco

ANTISIFILITICO POLLINI

DISTRIBUZIONE GRATIS

a chi ne fa domanda alla Casa GASPARINI-POLLINI, unico erede successore del dott. F. Pollini, per la preparazione del farmaco.

Milano — Via S. Damiano, 44 — Milano

Lungo il Naviglio, tra il Corso di Porta Venezia e Via Monforte.

ANNUARIO DELLE SCIENZE MEDICHE

DEI DOTTORI

G. PINI E P. SCHIVARDI

ANNO VI - IL 1875

Un bel volume in-16 illustrato, prezzo lire **3.**

Dirigersi con vaglia alla Ditta *Fratelli Rechiedei*, Milano.

POLIZZA

per

COMPETENZE MEDICO-CHIRURGICHE

ADOTTATA

DEL COMITATO MEDICO MILANESE

(Sedute del 13 e 20 febbraio 1876)

AD USO DEI SANITARJ DELLA PROVINCIA DI MILANO

Vendesi presso lo Stabilimento Tipografico RECHIEDEI al prezzo di Centesimi **15** cadauna.

CASA DI SALUTE IN PAVIA

per la cura delle malattie medico-chirurgiche, secondo i più recenti progressi della Terapeutica, diretta dai signori Prof. **A. Scarenzio,** Prof. **A. De-Giovanni** e dottor **G. Flarer.**

Piazza Bertarido N. 4 (per i veicoli, Terraggio di S. Margherita).